10me ANNÉE — Nos 128-29.



1/13 NOV-DÉCEMB. 1896.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

DE L'EMPIRE OTTOMAN.

COMITÉ DE LA RÉDACTION :

BUREAUX DU JOURNAL :

AU LOCAL DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ASMALI TCHIKMA, SAKA SOKAK, PÉRA
CONSTANTINOPLE.

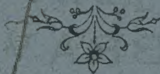
POUR LES ANNONCES ET ABONNEMENTS

S'Adresser à l'Éditeur A. CHRISTIDIS

19, Rue Voïvoda, Galata, Constantinople.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN

Constantinople : 30 Ptres. — Provinces : 36 Ptres. — Étranger : 8 Francs.





CONSTANTINOPLE,

Imprimerie A. CHRISTIDIS, 19, Rue Voïvoda, Galata.

1896.

(اقزالتربنلی بلانقا محلولی وقومپریه‌لری)

الام عصبیه ، عضلیه ، سینیه ، غضروفیه ، ذات المفصل الخ .

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9me ANNÉE — No 128-29 — 1/13 NOVEM.-DÉCEMBRE 1896.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES
DE L'EMPIRE OTTOMAN.

SOMMAIRE. — De la disparition des accidents névritiques d'origine traumatique ou inflammatoire par la compression localisée et forcée, par le **Dr Doubre.** — Traitement de l'éclampsie. — De l'injection du sérum dans la peste, par **M. Henri Monod.** — Sur l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde, par **M. Dieulafoy.** — Comptes-rendus de la Société Impériale de Médecine, Séances du 2, 9, 16, 23 et 30 Octobre 1896, par **P. Apéry.** — Formules.

DE LA DISPARITION DES ACCIDENTS NÉVRITIQUES

d'origine traumatique ou inflammatoire par la compression localisée et forcée.

On sait combien rebelles à toute intervention thérapeutique, médicale ou chirurgicale, sont les névrites périphériques traumatiques. On sait à quelle existence misérable sont vouées les personnes atteintes de cette affection. Dans un mémoire, auquel a été décerné le prix Desportes, M. le prof. Delorme (du Val-de-Grâce) fait connaître un procédé aussi simple qu'efficace, auquel il a eu recours maintes fois dans ces cas de névrites, toujours avec le même succès, ainsi qu'en témoignent les dix observations qui accompagnent ce mémoire. Ces faits ont été, d'ailleurs, contrôlés par les membres de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine.

Voici la description du procédé : « Supposons, dit M. Delorme, qu'à la suite d'une attrition, d'une plaie contuse, d'une incision de phlegmon ou d'une amputation régularisatrice d'un doigt, celui-ci soit douloureux ; que les douleurs soient locales ou irradiées à distance, même jusqu'aux racines médullaires, voici comment je procède, après avoir, bien entendu, écarté toute hypothèse d'hystérie ou de névrite de cause générale :

Je détermine l'étendue de la zone, du réseau périphérique hyperesthésié, puis le malade étant assis ou couché, bien maintenu par des aides, l'avant-bras et le poignet solidement fixés, j'embrasse le doigt entre mes pouces et mes index superposés et, de toutes mes forces et d'emblée je presse successivement sur tous les points de la zone hyperesthésiée, sur et près de la plaie ou de la cicatrice, en commençant par les zones les plus douloureuses auxquelles je réserve mon maximum de force de pression. Si, après,une première tentative qui ne peut durer que quelques instants, quelques secondes, à cause de la dépense d'énergie déployée par le chirurgien et le patient, il reste encore de l'hyperesthésie, je renouvelle cette tentative après quelques minutes de repos ou je la fais renouveler par un aide. Il m'est arrivé de faire presser le même doigt, successivement par deux ou trois de mes élèves.

L'intensité et l'étendue des douleurs, leur persistance après une première séance de compression, m'ont parfois forcé à renouveler mes tentatives une deuxième, une troisième fois, à quatre ou six jours d'intervalle. Le plus souvent une seule séance a suffi.

Le doigt comprimé est protégé pendant huit à dix jours par un pansement ouaté contentif et compressif. »

Après une ou deux séances de compression, rarement plus, l'hyperesthésie disparaît ; on peut pétrir la cicatrice sans déterminer la moindre impression pénible et sans que la sensation de pression soit abolie. Les douleurs irradiées sur le trajet des nerfs jusqu'à leurs origines médullaires disparaissent immédiatement, ainsi que les troubles trophiques (sueurs, œdème, cyanose, modification de l'épiderme, raideurs articulaires). En un mot, d'une vie de supplices, le malade passe tout d'un coup à l'existence normale, et cela, par un procédé des plus simples, n'exposant à aucun dégât. Quelles que fussent, en effet, l'intensité de la compression, la minceur, la tension de la cicatrice, M. Delorme n'a jamais observé ni ecchymose, ni déchirure ; l'élasticité et l'épaisseur des pouces, la direction bien perpendiculaire des pressions expliquent ce résultat.

Cette compression forcée est, il est vrai, extrêmement douloureuse, mais aucun des malades de M. Delorme n'a hésité à s'y soumettre tant ils en attendaient, et à juste titre, de soulagement durable. Dans la crainte de réflexes bulbaires fâcheux, le chloroforme n'a pas été employé, peut-être pourrait-on l'utiliser de même que les anesthésiques locaux.

Voilà, certes, un remarquable procédé laissant loin derrière lui les élongations, névrotomies ou toutes solutions de continuité nerveuse, entraînant des mutilations ou des paralysies persistantes plus ou moins étendues.

Il est un point important à signaler dans le manuel opératoire ; pour tirer de la compression forcée tout le parti désirable, il est indispensable de comprimer tous les points de la cicatrice et du foyer inflammatoire qui réagissent très douloureusement sous une pression modérée. Une compression incomplète comme étendue peut se montrer insuffisante et imposer de nouvelles séances. Les cas dans lesquels la réussite a été la plus brillante sont ceux, où, après délimitation très exacte de la zone hyperesthésiée, la compression a été bien exercée sur tous les points périphériques très douloureux.

Les régions les plus favorables à ce mode de traitement sont celles où les nerfs peuvent être comprimés sur des plans osseux, comme il arrive dans les cas les plus fréquents de névrite traumatique survenant à la suite de blessures des extrémités des membres. Sur les dix observations du mémoire de M. Delorme, six ont trait à des névrites consécutives à des blessures du pied, des doigts et du poignet, une à un traumatisme de la jambe et les trois autres à des traumatismes du cou, de la face et de l'épaule.

Dans les cas où les nerfs sont profonds, sans rapport immédiat avec un plan osseux, la compression serait peut-être moins facile et moins efficace. M. Delorme ne l'a point tentée dans ces conditions, n'en ayant pas trouvé l'occasion. Le raisonnement à défaut des faits montre encore une fois qu'elle est là le plus souvent utilisable.

La compression forcée peut être utilisée aussi avantageusement contre des accidents très anciens de névrite périphérique, comme il appert de la première observation du mémoire, la plus typique et la plus intéressante de la série. Il s'agit d'un blessé de la guerre de 1870, porteur d'une cicatrice chéloïdienne douloureuse du cou, consécutive à une blessure par coup de feu. Une balle, entrée au niveau de la commissure gauche, était ressortie du même côté par la partie latérale du cou, au niveau du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Cette plaie de sortie laissa une chéloïde de 4 centim. de long environ sur 3 de large qui, pendant *vingt-trois ans*, fut le siège de douleurs continues contre lesquelles vinrent échouer les interventions chirurgicales les plus variées (caustique de Vienne, bistouri, galvano-cautère, thermocautère, etc.). C'est sur ce malade que, pour la première fois, M. Delorme eut l'idée de détruire le tissu nerveux de la cicatrice par une compression des plus énergiques. La saisissant entre le pouce et l'index de chaque main, il la pressa de toutes ses forces. *Après deux séances*, espacées de quatre jours, *les douleurs avaient complètement cessé. La guérison s'est maintenue depuis trois ans.*

Dans les neuf autres observations, les accidents étaient de date plus récente, mais presque tous ces malades avaient déjà été longuement traités sans succès ; chez tous, la compression forcée, après une ou deux séances, assura la guérison définitive.

Dr Doubre.

(*Le Bulletin médical*).

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE.

Dans le congrès de gynécologie et d'obstétrique tenu à Genève, la question du traitement de l'éclampsie ayant été agitée, nous reproduisons de l'Union Médicale, le compte-rendu relatif à ce sujet. Nos lecteurs y liront avec intérêt l'opinion des praticiens de l'Europe.

Voici les conclusions du rapport de M. le Dr Charpentier, de Paris :

1o Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie et l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines des femmes enceintes, et si l'on y constate la présence de l'albumine, si minime que soit la quantité de cette albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le traitement préventif par excellence de l'éclampsie.

Dans les cas où les femmes présenteront de l'œdème sans albuminurie, il y a avantage, sinon nécessité absolue, à prescrire le régime lacté.

2o Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclamptique, débuter, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée, par une saignée de 300 à 500 grammes, puis administrer la médication chloralique et faire prendre du lait par la voie stomacale, au besoin à l'aide de la sonde œsophagienne.

3o Combattre les accès eux-mêmes par des inhalations de chloroforme, et favoriser la diurèse par des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

4° Si la femme est plus délicate, les phénomènes de cyanose peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique.

5° Attendre que le travail se déclare spontanément et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible.

6° Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles ou trop lentes, terminer l'accouchement par une application de forceps, ou une version suivie de l'extraction si l'enfant est vivant : par une céphalotomie, une basiotripsie, une cranioclasie si l'enfant est mort.

7° Attendre pour intervenir ainsi que l'état des parties maternelles soit tel (dilatation complète ou tout au moins dilatabilité du col) que cette intervention puisse se faire impunément, c'est-à-dire sans violence et par suite sans danger pour la mère.

8° Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels.

9° Rejeter absolument l'opération césarienne, l'accouchement forcé, comme méthodes courantes du traitement de l'éclampsie.

N'avoir recours à ce dernier mode de traitement qu'en cas d'insuccès de toute espèce de traitement médical, et lorsque la mère semble vouée à une mort certaine, en un mot, comme une ressource ultime en un cas désespéré.

M. F. Halbertsma (Utrecht), corapporteur.

Dans la thérapie de l'éclampsie, la question la plus importante me semble toujours celle-ci : à la fin de la grossesse ou au commencement du travail faut-il attendre ou provoquer l'accouchement. Nous nous occuperons uniquement de cette question.

Pour les cas mentionnés plus haut, il sera d'ordinaire indiqué que l'accoucheur intervienne activement :

1° Lorsque le pronostic paraît extrêmement grave à cause d'une anurie complète, de la fréquence et de l'intensité des accès convulsifs.

2° Lorsque rien ne fait prévoir que le travail va commencer.

3° Lorsqu'il y a lieu de croire que le travail commencé sera long et difficile, comme par exemple lorsqu'il s'agit de primipares : soit qu'on ait affaire chez une personne âgée, à une grossesse multiple, à un rétrécissement du bassin.

Il faut déconseiller de différer l'intervention active, jusqu'à ce que le pouls soit devenu fréquent et faible ; mais il est à remarquer que, même dans ces conditions, on peut obtenir un résultat favorable.

A la fin de la grossesse, l'accoucheur aura de préférence recours à l'opération césarienne. Au commencement du travail, il débridera profondément le col et appliquera la méthode de Dührssen.

M. L. Mangiagalli, corapporteur.

1° Le traitement préventif est à recommander, en ce qu'il combat ces conditions qui sont l'expression de l'auto-intoxication gravidique. Il l'est d'autant plus que l'intensité de ces conditions augmente. Il s'adresse avant tout à l'albuminurie, particulièrement chez les primipares, mais, outre cela, à beaucoup de dérangements gastriques, à des troubles nerveux. Le lait, associé aux désinfectants du contenu intestinal, augmente la diurèse, améliore les fonctions de la peau, stimule l'action du cœur et constitue le remède prophylactique souverain de l'éclampsie.

2° Le traitement médical, qu'il soit représenté par la saignée, par les drastiques, par la morphine, par le chloral, par le chloroforme, par le *veratrum viride*, par les diaphorétiques, est un traitement essentiellement symptomatique plutôt qu'il ne s'attaque réellement à la maladie. Il constitue, en tout cas, l'unique traitement possible dans l'éclampsie *post-partum*, et il est un moyen précieux dans l'attente des conditions permettant l'intervention obstétricale.

La saignée, suivie d'injections sous-cutanées ou endo-veineuses de solution physiologique de chlorure de sodium, est une méthode thérapeutique qui s'appuie sur des considérations rationnelles et qui possède des faits cliniques en sa faveur, mais ceux-ci sont trop peu nombreux et n'en permettent pas jusqu'à présent une appréciation exacte.

3° L'évacuation rapide de l'utérus constitue le point le plus important du traitement de l'éclampsie, mais il faut tenir compte, d'un côté, de la gravité du cas, de l'autre, des dangers de l'intervention.

4° Dans l'éclampsie *intra partum*, c'est une bonne règle de terminer l'accouchement quand les conditions le permettent et de préparer les voies au moyen d'incisions multiples du col de l'utérus quand celui-ci est effacé et quand la dilatation n'est pas suffisante.

5° Les moyens suivants sont indiqués dans l'éclampsie de la grossesse: provocation de l'accouchement moyennant la rupture des membranes, usage de la morphine, du chloral ou du *veratrum viride* à fortes doses, qui seront d'autant plus efficaces qu'ils seront administrés plus près du début de l'éclampsie, jusqu'à ce qu'il y ait les conditions indiquées au n° 4. Si le cas est grave, le danger menaçant et que, malgré la rupture des membranes, associée aux moyens indiqués, on ne peut espérer pouvoir temporiser jusqu'à l'effacement du col, la dilatation de quelques centimètres, si le col est raccourci et ramolli, la dilatation forcée peut, à mon avis, trouver une application plus étendue et plus facile que les incisions profondes selon Dührssen. Dans les cas de la même catégorie, mais dans lesquels le col n'est pas ramolli, ou s'il existe des conditions qui rendent particulièrement difficile ou contre-indiquée l'intervention mentionnée,

l'opération césarienne peut avoir sa justification, tout spécialement quand le fœtus est à terme et vivant.

6° Toute intervention doit être faite dans la narcose chloroformique profonde.

M. de Veit (de Leyden), corapporteur.

1° Il est impossible d'établir sur les données actuelles un traitement unique de l'éclampsie.

2° Il y a un grand nombre de cas d'éclampsie qui guérissent par un traitement quelconque.

3° Il n'est pas encore prouvé que l'accouchement forcé provoqué pendant l'anesthésie complète (dilatation du canal parturient au moyen des sacs de caoutchouc, incisions, opération césarienne) puisse améliorer le pronostic.

4° Nous ne possédons pas assez de cas traités par la saignée pour formuler des conclusions.

5° Le traitement systématique par des doses élevées de morphine semble être celui qui donne les meilleurs résultats.

6° Tant que la pathologie de l'éclampsie ne sera pas mieux connue, il n'y aura pas, croyons-nous, de traitement rationnel : il est plus que probable que la maladie reconnaît différentes causes.

7° Ce qui nous paraît donner les meilleurs résultats, c'est le traitement mixte : accélérer prudemment le travail, rompre les membranes, accoucher la malade après dilatation complète des parties molles, administrer de fortes doses de morphine qui diminuent le nombre des accès, éviter l'administration par la bouche des remèdes aux malades inconscientes, produire la diaphorèse par des moyens extérieurs.

8° Il n'y a pas de raison pour considérer l'éclampsie comme tellement dangereuse pour elle-même, qu'il faille recommander d'une manière absolue des opérations exigeant une main exceptionnellement habile.

9° Dans des cas exceptionnels seulement, il faut avoir recours à une opération de grande chirurgie.

M. Charles (de Liège), co-rapporteur.

1° L'éclampsie puerpérale n'est pas une entité morbide, pas plus que l'éclampsie des enfants ; comme celle-ci, elle a diverses causes et elle est plus ou moins grave selon son origine.

2° Ce syndrome peut être simplement de nature réflexe ; il peut être aussi le résultat d'un trouble circulatoire, selon la théorie de Traube-Rosenstein ; mais il est le plus souvent amené par une intoxication du sang et des tissus (toxémie), résultant d'habitude de l'accumulation dans l'organisme de plusieurs produits de désassimilation (toxines), normalement

évacués par les principaux émonctoires (reins, foie), dont les fonctions sont entravées ou perverties par suite de lésions diverses.

3° Chez la plupart des femmes enceintes, à l'état normal, il y a un certain degré d'auto-intoxication semblable puisque, malgré l'assimilation plus active, les urines renferment moins d'urée, etc., qu'à l'état de vacuité : c'est l'auto-intoxication gravidique ordinaire.

4° Si les reins, le foie, etc., sont lésés, fonctionnent irrégulièrement, la surcharge toxique est d'autant plus accentuée et peut arriver au point de produire des accidents graves, dont l'éclampsie est un des principaux.

5° D'autres accidents graves (dyspnée, coma, paralysie, etc.) peuvent se présenter sans convulsions et amener la mort : je désigne ces cas sous le nom d'éclampsie fruste.

6° La toxémie d'origine rénale est la plus commune et coïncide le plus souvent avec l'albuminurie et divers œdèmes.

L'albuminurie ne peut pas être considérée comme la cause de l'éclampsie puerpérale, mais simplement comme un symptôme morbide ayant la même origine.

7° L'expérience démontre que, dans la plupart des cas, l'éclampsie toxique éclate chez des femmes plus ou moins albuminuriques et souvent très albuminuriques et infiltrées.

Par conséquent, c'est un signe précurseur assez important pour ne pas être négligé. Il doit même, à mon avis, attirer l'attention du praticien au premier chef, et plus encore, s'il y a œdème des membres inférieurs, des cuisses, des mains, de la figure.

8° Mes statistiques démontrent que :

a) Il y a 1 éclamptique sur 151 accouchements, et l'éclampsie donne une mortalité maternelle de 24,42 %, et infantile de 41,83 %.

b) Il y a 1 éclamptique sur 92 primipares, et seulement 1 sur 373 multipares ; mais la gravité est encore plus grande chez les deuxièmes que chez les premières (27,65 % et 23,37 %).

c) L'éclampsie est beaucoup plus grave pendant la grossesse et le travail qu'après l'accouchement (27,73 % et 3 %).

d) Il y a près de 1 albuminurique sur 40 femmes (1 sur 25 primipares et 1 sur 75 multipares), et sur 4 albuminuriques, 1 est atteinte d'éclampsie (1 sur 3 ½ primipares et 1 sur 7 multipares).

e) L'éclampsie sans albuminurie est rare (une fois sur neuf); dans mes observations elle a éclaté alors après l'accouchement, et toutes les femmes ont guéri.

f) L'albuminurie seule (sans éclampsie) est accompagnée, très souvent, de divers accidents plus ou moins graves et mortels (sur 110 cas, il y a eu 8 femmes mortes, 20 enfants morts, 61 accouchements avant terme, 8 hémorragies *post-partum*, trois fois menaces de convulsions).

9° Le traitement médical n'a qu'une importance secondaire dans l'éclampsie grave, toxémique, pendant la grossesse et l'accouchement. La soustraction des liquides plus ou moins toxiques, à l'aide de purgatifs, de la diaphorèse, de la saignée, suivie ou accompagnée de leur remplacement par diverses voies (stomacale, rectale, sous-cutanée, intra-veineuse), dans le but d'opérer un lavage ou une désintoxication du sang et des tissus, n'a qu'une action douteuse.

10° Les calmants du système nerveux les plus employés (chloroforme, morphine, chloral), ont une action réelle, mais pas essentiellement curative.

11° La terminaison de l'accouchement est désirable dans tous les cas et s'impose à bref délai dans les cas graves. Il faut donc, dès le début des accès, agir en conséquence pour stimuler au besoin et accélérer toujours le travail. Dans des conditions spécialement urgentes, on ne doit pas hésiter à pratiquer la dilatation artificielle du col (à l'aide des doigts, des incisions, des dilatateurs hydrostatiques ou métalliques) pour extraire l'enfant sans retard ; si ces manœuvres d'accouchement forcé paraissent difficiles, trop lentes ou impossibles sans d'énormes délabrements, on se résoudra à l'opération césarienne.

12° L'éclampsie *post-partum*, est légère dans la grande majorité des cas, et ne réclame que des calmants à doses modérées.

13° La prophylaxie doit primer toute la question des convulsions puerpérales : elle comprend d'abord l'hygiène habituelle de la grossesse, spécialement le bon fonctionnement des émonctoires (intestins, peau, reins); ensuite, et surtout l'examen des urines, au point de vue de l'albuminurie.

14° Toute femme enceinte albuminurique doit suivre un traitement régulier et plus ou moins actif, dont le régime lacté est la base.

15° En cas d'insuccès ou de danger pressant, l'accouchement prématuré artificiel est indiqué, et donne d'excellents résultats (toutes les mères guéries et 75 % des enfants sauvés dans ma statistique).

M. Byers (de Belfast), corapporteur.

L'éclampsie est caractérisée par des convulsions qui surviennent soudainement pendant la grossesse, le travail ou après l'accouchement. J'exclus les cas d'épilepsie gravidique et les convulsions d'origine cérébrale. L'étiologie et la pathologie de l'éclampsie sont encore obscures, mais j'attirerai votre attention sur un changement d'opinion chez les médecins anglais, sur deux points :

1° Ils ne croient plus maintenant que les convulsions soient toujours dues à une maladie des reins.

2° Ils attachent actuellement beaucoup plus d'importance à l'influence du fœtus comme cause de convulsions.

L'hypothèse la plus probable est que les convulsions sont causées par un poison élaboré par l'organisme de la mère et par celui du fœtus, et qui, dans l'état normal des organes excréteurs, est, s'il n'est pas trop abondant, éliminé sans produire d'accidents. Lorsque ces organes sont surchargés, et que, par suite des efforts du travail, le rein est surtaxé, le poison n'est pas éliminé et son accumulation agit sur les centres nerveux; le même accident peut se produire si les fonctions des organes éliminateurs sont gênées, comme dans la constipation ou lorsque le rein se trouve dans l'état que Leyden a décrit comme étant spécial à la grossesse, ou encore lorsque le rein et le foie présentent une dégénérescence parenchymateuse causée peut-être par la circulation du poison dans leurs tissus. Partant de cette hypothèse, je divise le traitement de l'éclampsie comme suit :

1° Traitement de l'accès ?

Morphine en injections hypodermiques. Il faut faire coucher la malade sur le côté, pour empêcher l'introduction des liquides dans le larynx et dans les poumons (l'œdème pulmonaire est une cause fréquente de mort dans l'éclampsie). Il faut prendre garde que la malade ne se blesse, qu'elle soit tenue chaudement, purgée abondamment, qu'elle ne prenne aucun liquide, et, suivant qu'elle a sa connaissance ou non entre les accès, lui faire prendre un bain chaud ou de vapeur.

2° Se débarrasser du poison qui cause les convulsions ?

Même traitement : purgations, bains chauds, chaleur autour de la malade et abstinence de liquide.

3° Traitement obstétrical ?

Si le travail n'a pas commencé, il faut traiter les convulsions tout en ayant soin de ne pas exciter l'utérus. Lorsque le travail a commencé, et que la malade en est à la période d'expulsion, il faut lui administrer du chloroforme et terminer rapidement l'accouchement. Dans la période de dilatation, si le col est dilatable, on peut accélérer l'accouchement au moyen de douches chaudes et de l'application des dilatateurs de Barnes ou de Champetier de Ribes ; au cas où le col serait rigide, il faudrait s'abstenir.

4° Traitement prophylactique ?

Le repos, la diète lactée, les purgations et les bains chauds donnent les meilleurs résultats.

M. Parvin (de Philadelphie), corapporteur.

Dans le traitement de l'éclampsie, j'ai obtenu du *veratrum viride* des résultats supérieurs à ceux que me donnaient tous les autres médicaments. Le *veratrum viride* s'attaque à la cause de l'éclampsie qui est une toxé-

mie et remplit les indications symptomatiques. Il réduit la fréquence du pouls, augmente l'activité de la sécrétion des téguments, il abaisse la température et se trouve en même temps un excellent diurétique. Il m'a donné, chez les parturientes, d'excellents résultats dans la proportion de 92 %.

DISCUSSION.

M. Tarnier (de Paris). — Dans le traitement de l'éclampsie, il y a deux points à considérer : l'éclampsie avant l'attaque, l'éclampsie pendant l'attaque.

Comme traitement préventif, j'administre le régime lacté non seulement à toute femme albuminurique, mais à toute femme enceinte présentant des accidents nerveux quelconques, que l'on peut rattacher cliniquement à la toxicité du sang ; car la toxicité du sérum sanguin est la cause de l'éclampsie, que les urines contiennent ou non de l'albumine. J'ai voulu essayer le régime lacté mixte, mais je n'en ai pas eu de très bons résultats. De ma pratique personnelle, je crois pouvoir affirmer que le régime lacté absolu est indispensable. Il faut y ajouter l'administration du chloral à la dose de 3 à 4 grammes par jour.

Dans le traitement curatif, je base mon traitement sur cette idée directrice que l'éclampsie est le résultat de la toxicité du sérum sanguin. Pour atténuer cette toxicité, je combine à l'alimentation lactée, la saignée générale, l'emploi des purgatifs drastiques.

Si les malades ne peuvent avaler le lait, je me sers de la sonde œsophagienne. Comme purgatif drastique, je donne une goutte d'huile de croton dans une cuillerée à bouche d'huile de ricin ; j'attache une grande importance à cette saignée séreuse. Depuis quelque temps, j'essaie les injections sous-cutanées de sérum artificiel ; je n'ai pas employé les injections intra-veineuses.

La marche du traitement de l'attaque d'éclampsie est pour moi la suivante :

1° Large saignée du bras ; 2° purgatifs drastiques ; 3° chloroforme, chloral ; 4° régime lacté.

Cette méthode est celle que j'emploie depuis le commencement de l'année 1892. Mes résultats sont bien meilleurs qu'avant et je ne puis voir là qu'une simple coïncidence.

A la clinique d'accouchements, depuis 1834 à janvier 1896, on a observé 312 cas d'éclampsie : 116 femmes succombèrent, soit une mortalité de 37 %.

Sur 304 enfants, 183 moururent, soit une mortalité de 63 %. En décomposant cette statistique en périodes secondaires, j'observe que, de

janvier 1889 à janvier 1896, il y a 40 cas d'éclampsie, 9 morts, soit 22,6 % de mortalité.

La mortalité des enfants fut 67 %.

En 1889, 1890, 1891, on constate 18 éclamptiques, 7 morts, soit 38%; mortalité infantile, 66 %.

Dans cette période, on a employé comme traitement le chloroforme et le chloral, en y joignant parfois la saignée ou les sangsues aux apophyses martoïdes. A partir de 1892, j'emploie le traitement formulé plus haut.

En 1892, 1893, 1894, 1895, 22 éclamptiques : 2 morts, soit 9 %; mortalité infantile, 77 %. La mortalité est donc infiniment moindre.

M. PAMARD (d'Avignon). — Ma pratique est la suivante : Comme moyen curatif, je commence toujours par une saignée copieuse de 800, 900, 1,000 grammes, puis j'ai recours au chloroforme. J'ai tenu des malades jusqu'à quarante heures sous le chloroforme sans avoir d'accidents. Au point de vue obstétrical, je suis d'avis de débarrasser l'utérus de tout ce qu'il contient : si le travail n'est pas commencé, je provoque le travail; si le travail est commencé, je dilate le col et extrais le fœtus dès que je puis passer. Dans les cas d'éclampsie *post-partum*, j'aurais volontiers recours au curettage pour débarrasser la cavité utérine des débris placentaires qu'il pourrait contenir.

M. LINDFORS (d'Upsala) présente au Congrès une préparation microscopique de cellules hépatiques trouvées dans le sang du cœur d'une femme morte d'éclampsie. Il a observé deux cas de ces embolies par cellules du foie.

Il emploie comme tout le monde le traitement par le régime lacté et le chloral, mais il croit qu'on n'aura de traitement spécifique de l'éclampsie que lorsqu'on sera fixé sur la véritable étiologie de cette affection.

M. AUDEBERT (de Bordeaux) insiste sur l'utilité de combiner, dans le traitement de l'éclampsie, la saignée avec les copieuses injections de sérum stérilisé, ou plutôt avec un véritable *lavage du sang*, méthode qui, entre autres avantages, a celui de substituer à une certaine quantité de sang toxique une masse plus considérable de liquide non toxique.

Quant au pronostic, un fait est aujourd'hui acquis, c'est que l'on rencontre souvent, à l'autopsie des éclamptiques, des hémorragies limitées ou diffuses dans le foie (Bouffe de Saint-Blaise, Chambrelent). Le caractère extérieur de ces complications hépatiques est l'ictère ; or, ayant observé une trentaine de cas d'éclampsie, il a noté quatre fois de l'ictère, et sur ces quatre femmes ictériques, trois sont mortes ; la nécropsie a révélé de grosses lésions hépatiques. C'est en s'appuyant sur ces observations qu'il considère l'apparition de l'ictère chez les éclamptiques comme un symptôme très grave.

M CHALEIX-VIVIE (de Bordeaux). -- Se plaçant au point de vue de la pratique courante, croit qu'on peut limiter la thérapeutique active de la

période d'accès d'éclampsie aux agents suivants : le *chloroforme*, qui fait la base du traitement ; le *chloral* qui, associé ou non au bromure de sodium, doit être donné à doses abondantes et répétées, par les voies stomacale et rectale ; la *saignée*, moyen précieux, trop souvent négligé et discuté. On aurait tort de limiter son indication aux femmes vigoureuses et pléthoriques. Il en a retiré de sérieux avantages chez des femmes chétives et débiles. Les abondantes *injections sous-cutanées d'eau salée* stérilisée sont un très utile adjuvant de la saignée. Elles atténuent les effets de la spoliation sanguine, et, par la diurèse, lavent l'organisme.

M. Bossi (de Gênes) . — Je crois que, s'il y a indication de vider la matrice, il faut préférer la dilatation forcée aux incisions du col et à l'opération césarienne.

M. Pasquali (de Rome).— Pendant que j'étais chargé de la clinique obstétricale de Rome, j'ai observé 25 cas d'éclampsie sur lesquels il y a eu 5 cas de mort. Ma pratique est à peu près la même que celle qui est indiquée dans les rapports. Pour maitriser l'attaque, j'ai recours aux injections de chlorhydrate de morphine et, dans les cas où je crains la congestion pulmonaire, j'emploie l'extrait fluide de *veratrum viride*.

M. de Cortejanera (de Madrid).— J'emploie le traitement classique: régime lacté, petites saignées que l'on répète s'il y a lieu, chloral. Dans ma pratique personnelle, je rejette toute intervention active avant le début de l'attaque d'éclampsie, car les manipulations sur le col peuvent déterminer les attaques chez les femmes albuminuriques.

M. Morisani (de Naples).— Je ne suis pas partisan de l'avortement quand l'éclampsie se déclare aux premiers temps de la grossesse. Dans les derniers mois de la grossesse, quand l'éclampsie se déclare, s'il y a un début de travail, il faut terminer l'accouchement ; s'il n'y a pas de commencement de travail, il faut avoir recours à l'accouchement forcé. Le meilleur instrument pour faire la dilatation du col, c'est la main ; au besoin, j'emploierai de petites incisions multiples du col, mais je proscris absolument les longues incisions qui peuvent déterminer la rupture de l'utérus. Je préférerai au besoin l'opération césarienne aux longues incisions .

M. Queirel (de Marseille).— J'ai observé 29 cas d'éclampsie. 18 fois il s'agissait de primipares, 11 fois de multipares.

6 femmes succombèrent, 23 guérirent.

Sur 29 enfants, 17 moururent après l'accouchement, 2 ne furent pas expulsés. 10 survirent.

Toutes mes malades avaient été traitées par le chloroforme, le chloral, le régime lacté, puis avaient été saignées. six guérirent, deux succombèrent.

Sur 4 cas d'injection de sérum artificiel, deux cas de guérison, deux cas de mort.

L'accouchement se termina 15 fois spontanément, 8 fois par une application de forceps, 1 fois par l'emploi du ballon de Champetier ; trois femmes succombèrent sans que le travail se fût déclaré. Le moment d'apparition des accès a été très variable. Trois fois les accès survinrent au quatrième, septième et septième mois et demi, et déterminèrent la mort de la femme avant toute intervention (femmes apportées *in extremis*).

Deux fois les accès ont apparu seulement au moment du travail.

Quatre fois l'éclampsie n'est apparue qu'après le travail.

M. Bossi (de Gênes).— Il y a indication, en cas d'éclampsie, de vider la matrice, et, pour ce faire, il faut préférer la dilatation forcée aux incisions du col et à l'opération césarienne;pour pratiquer la dilatation forcée, après de nombreuses recherches, j'ai fait construire le dilatateur que je présente et qui offre comme avantages : 1° de pouvoir être appliqué avec un succès certain, même dans un col non raccourci et fermé, comme cela peut se rencontrer chez une primipare ; 2° de donner à l'accoucheur l'assurance de pouvoir toujours obtenir une dilatation suffisante pour l'extraction du fœtus, en un laps de temps plus ou moins court, selon les indications. Dans les cas très graves, la dilatation complète peut être obtenue en l'espace de quinze à vingt minutes ; 3° enfin de provoquer des contractions même dans un utérus tout à fait inerte.

Sur 38 cas d'éclampsie traités par ma méthode, je n'ai eu que 2 décès et je n'ai jamais observé de déchirures du col avec l'emploi de mon dilatateur.



DE L'INJECTION DU SÉRUM

DANS LA PESTE.

M. Henri Monod informe l'Académie que M. Yersin a obtenu à Anoy 20 guérisons sur 22 cas de peste bubonique, au moyen des injections sous-cutanées du sérum qu'il a préparé.

« Après le départ de Canton du Dr Yersin, écrit le consul de France à Haïphong, M. Chausse a pratiqué la même opération sur deux autres élèves également atteints de la peste bubonique, qu'il a guéris.

« Après s'être assuré par l'intermédiaire de notre agent consulaire à Anoy que des cas de peste étaient nombreux dans cette ville, le Dr Yersin s'y est rendu le 2 juillet.

« Il y a séjourné dix jours, pendant lesquels il a obtenu 20 guérisons de la peste bubonique sur 22 cas traités par des injections sous-cutanées du sérum de l'Institut Pasteur.

« Le Dr Yersin a laissé aux médecins chinois d'Anoy quatorze flacons de sérum et leur a enseigné la manière de l'employer.

« Ne possédant plus de sérum, le Dr Yersin se décide à retourner à Nha-Irang (Annam), où il obtiendra aussitôt du sérum de quelques-uns des chevaux qu'il a inoculés avant son départ.

« On peut actuellement considérer l'efficacité du sérum Yersin pour la guérison de la peste bubonique comme un fait démontré scientifiquement .

« Il en résulte qu'en organisant la production d'une quantité suffisante de sérum, on doit réussir, si le gouvernement chinois adopte les mesures nécessaires, à faire disparaître la peste bubonique des régions de la Chine, où cette horrible maladie est endémique. »

(*L'Union Médicale*).

SUR L'INTERVENTION CHIRURGICALE

dans les péritonites de la fièvre typhoïde

Par M. Dieulafoy.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Il y a des péritonites par perforation qui surviennent de préférence pendant la période d'état ou pendant les rechutes de la fièvre typhoïde. La perforation peut atteindre l'iléon, le cæcum, l'appendice du côlon. Ces péritonites par perforation ne sons pas seulement l'apanage des fièvres typhoïdes intenses; on les observe également dans les formes légères. Les symptômes qui annoncent la péritonite par perforation ne peuvent n'être qu'ébauchés, mais qu'ils soient intenses ou légers, il y a habituellement un signe précieux : c'est la chute brusque de la température qui s'abaisse jusqu'à l'hypothermie. Les péritonites par perforation sont extrêmement graves ; néanmoins elles peuvent être enrayées dès leur début par des adhérences qui limitent à temps la perforation.

« 2° Il y a des appendicites para-typhoïdes qui surviennent habituellement dans le décours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Ces appendicites sont généralement accompagnées d'une reprise de la fièvre et d'une élévation de température, ce qui les distingue des péritonites par perforation. Elles évoluent comme une appendicite banale ; le processus infectieux peut limiter son action à la simple attaque appendiculaire, sans la moindre péritonite ; il peut également (avec ou sans perforation secondaire de l'appendice), aboutir à toutes les complications de l'appendicite : péritonites enkystées, péritonite généralisée, abcès du foie, abcès à distance.

« 3° La soi-disant péritonite typhoïde par propagation, telle qu'on la comprenait depuis Thirial, n'existe pas.

« *Traitement.* — Le traitement est de deux sortes : médical et peu efficace ; chirurgical et plus souvent à conseiller, en ayant soin de séparer les différentes espèces de péritonites typhoïdes :

« 1° Au cas d'appendicite typhoïde et de péritonite typhoïde appendiculaire, l'opération se fait dans les meilleures conditions ; elle donne les meilleurs résultats pourvu que l'intervention soit faite en temps voulu.

« 2° Au cas de péritonite typhoïde par perforation, l'opération donne au malade quelques chances de salut. La difficulté est de saisir le moment opportun de l'intervention.

« 3° Malgré les ulcérations intestinales la suture de l'intestin aboutit à la cicatrisation de la perforation ; l'intervention chirurgicale est donc légitime, car elle est motivée.

(*L'Union Médicale*).

COMPTES-RENDUS
DE LA
SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Octobre 1896.

Présidence de M. Kambouroglou (président).

M. le Président fait part à la Société du 50me anniversaire de l'emploi du chloroforme en chirurgie par le Dr Simpson, découverte qui a fait faire d'immenses progrès à cette branche de la médecine. A cette occasion, il propose d'inviter M. le Dr Akestoridès à rédiger un mémoire sur cette belle découverte, mémoire qui serait lu en séance à la Société. Cette proposition est acceptée.

M. le Président rapporte un cas fort curieux de fracture de l'os tibial causée par arme à feu. L'intérêt de ce cas consiste en ce que l'on constate sur le même os, sans solution de continuité, l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie du projectile.

M. Bratsano cite une double luxation de l'épaule chez un individu qui fit une chute sur les deux mains, observation très rare qui serait, dit-il, presque unique dans la science.

A propos des maladies régnantes, M. Bratsano dit avoir observé, pendant les trois mois de vacances, à Ortakeuy, divers cas de catarrhe gastro-

intestinal fébrile et non fébrile. Pas de fièvre typhoïde ; et, tout récemment, quelques cas de dysentérie, d'angine et de bronchite.

MM. RITZO ET PEPPO ACCHIOTÉ ont observé de nombreux cas de furonculose, dont quelques-uns graves et anthracoïdes. En outre, M. Acchioté a observé quelques cas de scarlatine, de diphtérie, et plusieurs cas de variole, de varioloïdes et de varicelles.

M. LE PRÉSIDENT attribue la fréquence des furoncles pendant cet été à la sécheresse par manque de pluie qui irrite la peau, les poussières aidant. Il rapporte aussi, d'après les observations du service interne de l'hôpital allemand dirigé par M. le Dr Mordtmann, quelques cas de scarlatine, de diphtérie, 2 à trois cas de fièvre typhoïde, et, pendant ces derniers 15 jours, beaucoup de catarrhes de la gorge, du larynx, des trachéïtes, et quelques cas de dysentérie.

M. APÉRY rappelle le traitement préventif de la péripneumonie du bœuf (inoculation du suc des poumons dans la queue de l'animal), préconisé par Willems de Belgique, et qui donne de très bons résultats. Il rappelle qu'il y a plus d'un mois, M. le Dr Const. Kélaïditis, médecin municipal en Asie Mineure, avait fait remarquer le succès avec lequel cette même méthode y est employée par le peuple depuis plus d'un siècle.

M. LE PRÉSIDENT engage M. Apéry d'inviter M. Kélaïditis à faire une communication plus détaillée sur ce sujet.

Sur ce, la séance est levée.

⁂

Séance du 9 Octobre 1896.

Présidence de M. Kambouroglou (président).

M. TH. AKESTORIDÈS. — M. Berthelot ayant fait, à l'Académie des sciences de Paris, une conférence à l'occasion du centenaire de la mort de Lavoisier, y émit le vœu d'ouvrir une souscription pour l'élévation d'un monument à l'immortel chimiste. En France, à l'étranger, de tous les côtés, on s'est empressé de prendre part à cette œuvre. M. Akestoridès trouve que la Turquie devrait également répondre à cet appel. Une notice devrait aussi être faite sur les travaux du célèbre chimiste.

M. le Président, d'accord avec S. E. Mavrogéni pacha, propose d'insérer dans la *Gazette* un appel relatif à ce sujet et de faire circuler une liste de souscription parmi les confrères (Adopté). Quant à la notice bibliographique, c'est M. Th. Akestoridès qui est chargé de la rédiger.

M. le Président rapporte, d'après les observations du service interne de l'hôpital Allemand, quelques cas de scarlatine assez bénins, à Péra, et se demande si ce n'est pas le commencement d'une petite épidémie.

M. Peppo Acchioté rapporte beaucoup de cas de varicelle et de varioloïdes chez des personnes qui avaient été vaccinées 3, 4 et 5 années auparavant.

M. Bratsano cite un cas mortel de variole grave hémorrhagique observé, il y a 2 ans, chez une femme albanaise qui n'avait jamais été vaccinée. Quant à l'espace des revaccinations, il faudrait, dit-il, d'après son expérience personnelle, le réduire à 2 ans, car il a revacciné, avec succès complet, plusieurs personnes après cet intervalle de temps, ce qui indiquerait que l'immunité conférée par la 1re vaccination s'était déjà éteinte.

⁂

Séance du 16 Octobre 1896.

Présidence de M. Limarakis (vice-président).

M. Trantas présente un malade atteint d'une kératite interstitielle hérédo-syphilitique du côté gauche et de lésions périphlébitiques au fond de l'œil à droite. Cas des plus intéressants, surtout en ce qui concerne la périphlébite rétinienne développée dans l'œil droit, car cette maladie, rare dans la syphilis acquise, est d'une rareté absolue dans la syphilis héréditaire.

M. Bratsano rapporte une observation de clonisme ou de tic a frigore, ayant duré 8 jours chez un homme âgé de 21 ans. Comme traitement : des bains chauds, et, à l'intérieur, de l'antipyrine et du bromure de potassium.

M. Bistis fait une communication sur un cas d'épithélioma du limbe scléro-cornéen. La tumeur qui paraissait appartenir à la cornée, n'étant que très peu adhérente à cette membrane, a pu être facilement extirpée

à l'aide d'une lance coudée. Après son ablation, la cornée est restée transparente.

M. Trantas rapporte un cas de tumeur maligne du limbe scléro-cornéen, chez un enfant de 12 ans environ.

M. Apéry, rappelant que l'on a récemment fait une statistique contre la transmissibilité du diabète sucré entre conjoints, relate à ce propos une observation personnelle de diabète survenu dans un ménage entre les deux époux ; il a trouvé chez le mari l'existence du sucre dans les urines, 3 ans après la constatation du diabète chez la femme.

M. Kélaïditis, par un tour de faveur, fait une communication sur une méthode de vaccination employée par les habitants de l'Asie Mineure contre la péripneumonie du bœuf, méthode qui offre la plus grande ressemblance avec le procédé récemment communiqué par Willems, de Belgique.

⁂

Séance du 23 Octobre 1896.

Présidence de M. Kambouroglou (président).

M. Bistis fait une communication sur le sarcome du limbe scléro-cornéen, dans laquelle il résume tout ce que les différents auteurs ont dit sur la possibilité de l'existence d'un sarcome dans cette région.

A propos des maladies régnantes, M. Bratsano dit avoir observé quelques cas de scarlatine, de variole et de varioloïde.

M. Trantas rapporte 5 à 6 cas d'ophtalmie blennorrhagique observés à l'hôpital grec et dont quelques-uns avaient la forme diphtéroïde ; c'est peut-être, dit-il, une simple coïncidence qu'il ait eu à observer ces cas dans un laps de temps si court.

M. Limarakis rappelle que la diphtérie sévit toujours sporadiquement dans certains quartiers et qu'elle devient épidémique à l'approche de l'hiver. Il déplore que notre ville est si mal pourvue de sérum antidiphtérique. Le peu de flacons, tous de provenance française, qu'il ait pu trouver, étaient troubles et avaient 2 à trois mois d'existence.

M. Apéry fait ressortir que, d'après les recherches de Roux et de Behring, le sérum peut se conserver 5 à 12 mois; seuls les flacons troubles doivent être rejetés. Si M. Limarakis aurait eu recours au sérum de Berne,

préparé par le Prof. Tavel, il aurait eu lieu de s'en féliciter car c'est un sérum irréprochable.

M. Peppo Acchioté cite un cas de tétanos probablement idiopathique. Il relate ensuite 4 cas d'anasarque avec albuminurie, provoqués très probablement par une scarlatine préexistante, qui avait passée inaperçue.

M. Apéry dit que, d'après ses recherches publiées il y a 11 ans, l'uroglaucine, substance qui ressemble à l'indigotine végétale, se rencontre constamment dans le sédiment des personnes atteintes de la scarlatine.

La séance est levée.

⁂

Séance du 30 Octobre 1896.

Présidence de M. Kambouroglou (président).

M. Menahem Hodara présente un malade, âgé de 41 ans, atteint au front et à l'avant-bras droit jusqu'au coude, de plaques érythémateuses profondément infiltrées, rouges, et très dures. Leur persistance depuis 4 mois, sans aucune altération, ni rétrocession curative, l'anesthésie observée à leur niveau et l'épaississement du nerf cubital font soupçonner la lèpre à M. Hodara qui, cependant, fait son diagnostic avec la plus grande réserve, n'ayant pas fait encore l'examen microscopique d'une pièce, le malade se refusant à toute opération.

S. E. Djémil pacha présente à la Société le malade auquel il avait pratiqué, il y a quelques mois, la splénectomie, et qui est actuellement complètement guéri. Il ne présente ni hernie, ni éventration. Le nombre des globules blancs, qui était de 17 sur 400, est aujourd'hui à l'état normal.

M. Bratsano rapporte 4 cas de scarlatine, 1 cas de varicelle, et 1 cas de scarlatine compliquée de fièvre typhoïde.

S. E. Djémil pacha relate 3 cas d'appendicite dont 2 sont morts et un a spontanément guéri : les trois malades avaient refusé toute intervention. L'année passée, sur 3 cas d'appendicite opérés, il a eu 2 guérisons. Il se demande quelles seraient les indications de l'intervention, étant donné qu'il existe plusieurs cas de guérison spontanée.

M. le Président trouve qu'il faut distinguer entre les cas de perforation de l'appendice dans la cavité péritonéale et la production d'une

inflammation avec exsudat à la suite d'une ulcération ayant rongé la paroi de l'appendice jusqu'à sa couche péritonéale ; ce sont ces dernières qui guérissent spontanément. Pour les cas de perforation ou de suppuration, il faut absolument intervenir ; mais un grand nombre de chirurgiens interviennent pour tous les cas indistinctement.

Vu l'importance du sujet et après avoir consulté la Société, M. le Président met l'appendicite à l'ordre du jour de la séance prochaine.

P. Apéry.

FORMULES

Manière d'empêcher les cicatrices varioliques.

D'après l'expérience de M. le Dr Th. Faure, médecin-chirurgien de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, un moyen qui ne laisserait rien à désirer (ainsi que notre confrère a eu l'occasion de s'en convaincre chez une vingtaine de varioleux) pour empêcher les cicatrices varioliques de la face d'être trop visibles, serait la formule suivante :

Iodoforme	2 grammes.
Collodion	30 —

F. S. A. — Pratiquer avec ce mélange, sur les éruptions siégeant à la face, au cou et aux mains, des badigeonnages répétés à de courts intervalles.

Les malades ainsi traités resteraient indemnes de toute trace de cicatrices varioliques.

Gargarisme antiseptique (M. E. Darbouet).

Liqueur de van Swieten . .	*ää* 125 grammes.
Eau chloroformée	
Essence de menthe	Q. S.

Mêlez. — Usage externe.

Ce gargarisme réussirait bien contre les angines infectieuses, les stomatites et les périostites alvéolo-dentaires.

Cachets antidysentériques. — (M. KARTULIS).

Calomel à la vapeur. . . .	0 gr. 50 centigr.
Naphtaline.	1 gramme.
Sucre	Q. S.
Essence de bergamote . . .	III gouttes

Mêlez et divisez en dix cachets. — Prendre un cachet d'heure en heure.

(*Sem. Méd.*)



مشاهده اولنان مفلوجيت وعصب زندينك كثافتى هودارا افندى‌يه جذام حقنده شبهه ايراث ايدرلر وفى‌الواقع مومى‌اليه قيد احتياط ايله تشخيص مزبورى قبول ايدرسه‌ده هنوز خسته هيچ بر عمليات قبول ايتمديكندن معاينهٔ خرده‌بينيه اجرا ايدلمامشدر .

سعادتلو جميل پاشا حضرتلرى جمعيته چند ماه مقدم خذع طحال اجرا ايدوب اليوم تماماً شفايات اولان بر خسته‌يى ارائه ايدر . مرقوم نه فتق و نه خروج احشا ابراز ايتمز . عدد كريوان بيضا ٤۰۰ده ۱۷ ايكن اليوم حال طبيعيه‌ده‌در .

براچانو افندى ٤ عدد قرمزيه وقوعاتى ۱ شبه جدرى ۱ حماء شبه تيفو ايله مختلط قرمزيه ذكر ايدر .

سعادتلو جميل پاشا حضرتلرى ۳ عدد التهاب زيل دودى وقوعاتى بيان ايدركه بونلردن ايكيسى وفات ايدوب برىسى آتى اوله‌رق شفاياب اولمشدر خسته‌لرك هر اوچيده عملياته راجى اولمامشلر ايدى كچن سنه عمليات ايديلن ۳ التهاب زيل دوديدن ايكيسى شفاياب اولمشلر ايدى .

مشار اليه حضرتلرى مادامكه نيقسه شفاياب اولان وقوعات نادر اولمدقلرندن عملياتى ايجاب ايتديرن اسبابك نه ايدوكنى استفسار ايدر .

رئيس افندى زيل دودينك درون جوف پريطونه تثقبى حصوصاتيله زيل دودينك جدارنى طبقهٔ پريطونيه‌يه دكين اكل ايدن بر قرحه‌يى متعاقب مع تحه بر التهابك تحصيلى تفريق ايدلمك لازمكلديككنى بيان ايدرك بو مثللو قرحه وقوعاتنك بردنبره شفاياب اوله‌بيلدكلرينى ذكر ايدر . تثقب ويا تقيح خصوصاتنده صورت قطعيه‌ده عمليات ايدلمك لازم كلورسه‌ده بر طاقم جراحلر هر خصوصده بلا تفريق عمليات ايدرلر .

مسئله‌نك اهميتنى نظر مطالعه‌يه آله‌رق رئيس افندى اعضاء جمعيتك انضمام رأيله التهاب زيل دودى‌يى اجتماع قريب ايچون مدار مباحثه عد ايدر .

اجتماع طاغيلور .

پيەر آپەرى

فی ۲۳ تشرین اول ۱۸۹٦ تاریخلی اجتماع

قامبوراوغلو افندینك ریاستی تحتنده

بیستیس افندی حواشیٔ قرنیهٔ صلبه‌نك ورم عفلیسی حقنده بر مقاله قرائت ایدوب اشبو ناحیه‌ده اورام عفلیه‌نك موجودیتی احتماله دائر مختلف مؤلفلرك افاده‌لرینی ذکر ایدر

امراض مشهوده حقنده براچانو افندی اورته‌کویده بر قاچ قرمزیه وجدری وشبه جدری مشاهده ایتدیکنی بیان ایدر .

ترانتاس افندی روم خسته‌خانه‌سنده مشاهده ایتدیکی بش التی عدد رمد حرقت البولیدن بحث ایدوب بونلرك بر قاچنك شبه غشاء کاذب طرزنده ایدوکنی بیان‌ایدر .

لیماراکیس افندی قوش پالازینك دائما بعض محله‌لرده متفرد صورتده بوانوب قیشین مستولی حالی الدیغنی ذکر ایدر .

سروم شیشه‌لرینك اکثریسنك ایکی اوچ آیلق وبولانق بولندقلرینی بیان ایدر .

آپه‌ری افندی بیان ایدرکه رو ایله بهرنغك تجرباتی نتیجه‌سی سروم ٥ الی ٦ آی محافظه اولنه‌بیلور . آنجق بولانق شیشه‌لر ترك ایدلملیدرلر . اکر لیماراکیس افندی برن شهرنده‌کی معلم تاودلك سرومنه مراجعت ایتمش اوله‌یدی غایت ممنون قاله‌جغی بش‌سزا ایدی زیرا بو پك مکمل بر سرومدر .

په‌پو آقشیوته افندی ذاتی اولمسی محتمل بر تتانوس ذکر ایدر . بعده تبول زلال ایله مترافق ٤ عدد استتفادن بحث ایدرکه بونلره سبب غیر مرئی کچن بر قرمزیه اوله‌بیلمسی احتمالنی درمیان ایدر .

آپه‌ری افندی ۱۱ سنه‌دنبرو دوام اولنان تجرباته نظراً نباتی انتینیغوتینه مشابه اولان اوروغلوسین علی‌الدوام قرمزیه‌لی اشخاصك رسوب بولیسنده تصادف اولنور .

اجتماع طاغلمشدر .

فی ۳۰ تشرین اول ۱۸۹٦ تاریخلی اجتماع

مه‌ناهم هورارا افندی ٤۱ یاشنده وجهیه‌سیله صاغ ساعدنده مرفقنه دکین عمیقاً مشبوع وقرمزی وغایتله سرت لوایح احمراریه ابراز ایدن بر خسته‌یی ارائه ایدر . مذکور الواحك بلاتغیر ٤ ماهدنبرو دوام ایدوب ادویه‌یه مقاومت ایدیشی وسطحلرنده

پهپو آقشیوته افندی بر چوق شبه جدری وجدریٔ بقری وقوعاتی ذکر ایدوب بونك ۳ و ٤ و ٥ سنه مقدم آشیلنمش اولان اشخاصده ظهور ایتدیکنی بیان ایدر .

براچانو افندی هیچ آشیلنمین بر آرناوود قادیننده ۲ سنه اول مشاهده ایتدیکی جدریٔ مهلکی ذکر ایدر .

مکرر آشیلنمق خصوصنده‌کی مسافه‌لره کلنجه تجربهٔ ذاتیه‌سنه بنأ آنك ۲ سنه‌یه تنقیصی الزم ایدوکنی بیان ایدر . زیرا مومی‌الیه اشبو فاصله‌دن صکره تلقیح اشخاصده دائما موفق اولدیغندن ایلك تلقیح ایله قزانیلان معافیتك بو مدت ظرفنده انطفا ایتدیکی اکلاشیلور .

بو اثناده اجتماع طاغیلور .

فی ۱٦ تشرین اول تاریخلی اجتماع

رئیس وکیلی لیماراکیس افندینك تحت ریاستنده

ترانتاس افندی صول جهتده ارثی اوله‌رق موجود بر التهاب قزحیهٔ فضائیه مبتلا بر خسته ارائه ایدر .

براچانو افندی ۲۱ یاشنده بر شخصده ۸ کون دوام ایدن بر اختلاجدن بحث ایدر . تداوی اوله‌رق صیجاق حماملر وداخلاً آنتیپرین وبروم پوتاسیوم ترتیب ایدر .

آپه‌ری افندی بین‌التعلقات تبول سکره مصاب اولنمسی علیهنده‌کی استاتستیقلری تخطر ایتدیره‌رك بر خانه‌ده قاری قوجه‌نك هرایکیسینکده تبول سکره مبتلا اولدقلرینی مشاهدهٔ ذاتیه‌سنه استناداً بیان ایدر وزوجنك ادرارنده سکر کشف ایتدیکندن ۳ سنه صکره زوجه‌سنکده‌خی سکره مبتلا اولدیغنی ذکر ایدر .

کەلائیدیس افندی ایدیلان مساعده اوزرینه اناطولی اهالیسی طرفندن التهاب محیط‌الرئهٔ بقریده کمال موفقیتله استعمال ایدیلوب بلجیقالی موسیو ویله‌مسك بیان ایتدیکی اصوله تماماً مشابه بر اصول تلقیح حقنده بر مقاله قرائت ایدر .

بو اثناده اجتماع طاغیلور .

رئیس افندی اشبو موسم ضیقه‌ده‌کی دمل متعدده وقوعاتی یغمور یاغمدیغی جهتله قوراقلغك جلدی تخریش ایدوب بوکا طوزلرك تأثیرینك منضم اولمسنه عطف و استناد ایدر.

رئیس افندی المانیه خسته‌خانه‌سنده دوقتور مورتمان طرفندن اداره اولنان داخلی قسمنده بر قاچ قرمزیه وقوش پالازی وایکی اوچ حماء شبه تیفو وشـو اونبش کون ظرفنده بر چوق نزلهٔ خلقوم وحنجره والتهاب شریان شذن وبر قاچ دیزانتری مشاهده ایتدیکنی بیان ایدر.

آپه‌ری افندی بقرك التهاب محیط الرئه‌سنك حیوانك ذنبنه عصارهٔ رئویه زرق ایدلمك تشـکیل ایدیلن تداویٔ تحفظیدن بحث ایدر وبوندن بر ماه مقدم اناطولیٔ شـاهانه‌ده بلدیه طبیبی قونسطانطن که‌لائیتیدیس طرفندن اشبو اصولك بر عصردن برو بین‌الاهالی کمال موفقیتله استعمال ایدلمکده اولدیغی اخبار ایدلدیکنی درمیان ایدر.

رئیس افندی آپه‌ری افندی‌یی دوقتور که‌لائیتیدیس بو بابده دها مفصل بر لایحه تنظیمنه دعوت ایتمسنی تکلیف ایدر.

بو اثناده اجتماع طاغیلور.

فی ۹ تشرین اول ۱۸۹٦ تاریخلی اجتماع

ته‌اژه‌ن اکستوریدیس افندی پارس دارالفنوننده موسیو برتلو کمیاکر لاووازیه‌نك وفاتنك ۱۰۰نجی سنهٔ دوریه‌سی ایچون بر نطق ایراد ایله عالم مومی‌الیهك تذکار نامی ایچون بر هیکل دکز اولنمسیچون جمع اعانه ایدلمسنی تکلیف ایتدیکنی واشبو فعل خیره کرك فرانسـه‌ده وکرك ممالك اجنبیه‌ده اشـتراك ایدلدیکی جهتله ترکیاجه دخی اشتراك ایدلمسی لزومندن بحث ایدر.

وعالم مومی‌الیهك آثاری حقنده بر خاطره ترتیب اولنمسنی بیان ایدر.

رئیس افندی دولتلو ماوروینی پاشـا حضرتلری هم‌افکار اوله‌رق جریدهٔ طبیه‌یه بو بابده بر دعوتنامه درج ایدیلوب عموم صنعتداشلره اعانه دفترینك ارسـال ایدلمسنی تکلیف ایدرلر وبو تکلیف قبول ایدیلور.

توصیف وتعریف آثاری حقنده دخی ته‌اژه‌ن اکستوریدیس افندی توکیل ایدیلور.

رئیس افندی المانیه خسته‌خانه‌سنك داخلی قسمنك مشـاهداتنه نظراً بك‌اوغلنده بعض سلیم الطبیعه قرمزیه وقوعاتی اولدیغنی ذکر ایدرك بونك بر کوچك مسـتولی‌یه مبدأ اوله‌بیلمسی محتمل ایدوکنی سویلر.

سيامده عمومى اولان احتراق اموان مراسمنده آره‌ك زياده‌سيله استعمال اولنور يالكز جانيلر بوندن استثنا ايديلوركه انلرك جسدى كلبلره آتيلور .

بتون هندچينده اعدامه كتوريلان جانى جلاددن بر مقدار پين لانغ طلب ايتمكه مختاردر اكر بر مقدار اقچه ويرر ايسه زياده‌جه پين لانغ اله‌بيله‌رك حصوله كلان تهيج سكرى ايله كمال جسارتله موته منتظر اوله‌بيلور .

(مابعدى وار) (پيه‌ر اپه‌رى)

جمعيت طبيهٔ شاهانه‌نك

في ٢ تشرين‌اول ١٨٩٦ تاريخيله دوقتور قامبورواوغلى افنديك رياستى تحتنده‌كى اجتماعى

٢٦ حزيران تاريخلو اجتماعك ضبطنامه‌سى قرائت ايدلدكدن ومراسلات معلوم اولدقدن صكره رئيس افندى جراحلقده دوقتور سيمپسون طرفندن قلوروفورم استعمال ايدلمسنك ٥٠نجى سنهٔ دوريه‌سى ايدوكى جمعيته اخبار ايديلور وبو مناسبتله دوقتور اكستوريديس افندى‌يه بوكشف مهم حقنده بر خاطره قالمه آلوب جمعيتده قرائتنى تكليف ايدر واشبو تكليف قبول اولنور .

رئيس افندى الت ناريه‌دن متحصل بر كسر عظم قصبه حقنده غايت غريب بر مشاهده ذكر ايدر . اشبو مشاهده‌نك شايان دقت جهتى بلاتمرق اتصال عين عظم اوزرنده مرمينك ثقبهٔ دخول وخروجنك مشاهده اولنمشدر .

موسيو براچانو ايكى اللرى اوزرينه دوشه‌رك هرايكى كتفنده چيقيق حصوله كلان بر شخصك مشاهده‌نامه‌سنى ذكر ايدركه مومى‌اليهه كوره اشبو مشاهده غايت نادر و بلكه عالم فنده يكتادر .

امراض مشهوده حقنده براچانو افندى اوچ آيلق مدت تعطيليه اثناسنده اورتا كويده حما ايله مترافق ويا غيرمترافق متعدد نزلهٔ معدىٔ معائىٔ مشاهده ايتديكنى بيان ايدر .

ريچو واقشيوته افنديلر بر چوق دمل متعدده مشاهده ايتمشدركه بونلرك بعضيلرى وخيم وشيرنجه طرزنده ايمشلر .

اقشيوته افندى بعض قرمزيه وقوش پالازى وبر چوق جدرى رشبه جدرى وقوعاتى مشاهده ايتمشدر .

بەتل بولنمزسه آنك یرینه آرتەمیز یپراغی استعمال اولنور . پلینك استعمالی یالکزجه اوروپاجه مستعمل اولمیوب بوراده معروض اولدیغی شرائط اقوام مدنیه نزدنده غایتله منتشر اولان عواقب وخیمه تولیدینه مانع اولور .

بعضاً دخی ساقز مخلوط اولور . قرنفیل ودارچین وکاد هندی ویاسمین مثللو مواد معطره علاوه ایدرلر .

(قوآن تونغ)ده پین لانغك استعمالی عمومی کیبدر ، بو ولایتك اهالیسیله استهزا ایتمك ایچون یوللرده کوریلان سیاحلرك آغزلری قویونلر مثللو دائما اوینامقدەدرلر ،

بەتل بولنمزسه انك یرینه آرتەمیز یپراغی استعمال اولنور ،

کوریلیورکه پلینك استعمالی یالکز اوروپایه مخصوص اولمیوب اشبو استعمال بوراده اقوام متمدنه نزدنده غایت منتشر اولان تأثیرات وخیمه تولیدینه مانع اولەجق شرائط داخلنده معروض اولور ،

معمافیه اشبو مادهٔ مضغیه قرنفل وکاد هندی وچینلیلرك کندی چایلرینه خلط ایتدکلری بر نوع یاسمین چیچکی مثللو مواد عطریه ایله مخلوط اولەبیلور ،

توانغ تونده پین‌لانغك استعمالی همان عمومی اولوب بو ولایتك سیاحلریله استهزا ایدلمك مقصدیله آنلرك آغزلری دائما حرکتده بولندیغی جهتله قویون آغزینه تشبیه ایدیلور ،

هر بر شخص اوچ کوزلی بر قوطویه مالك اولوب برنده آرەك ودیکرنده بەتل واوچنجیسنده ایسه کیرچ واردر ،

سیغاره وآفیون طاقملرنده اولدیغی کبی بو قوطونك زینتی صاحبنك ثروتنه دال عد اولنور ،

مادهٔ مضغیەنك بو درجەدەکی استعمال عمومیسی مضاد مرزغی خاصەسنه مبتنیدر؟ فقط بو تأثیر مشکوك اولوب آنجق آز مقدارده اولورسه قولانك تأثیری مثللو بر قوهٔ تهییجیه مالکدر ، خواص مضاد دیدانیەسی دخی بی‌اساسدر ؛

عمومیتله ماتم حالنده اولنلر مادهٔ مضغیه استعمال ایتمزلر زیرا قرمزی رنك علامت شادمانی اولوب لعاب ایله دوداقلرا او رنکی اخذ ایدرلر ،

بر زوج زوجەسنی تطلیق ایتمك دیلرسه تعلقاتی اجداد صالوننه جمع ایدرك سرد ادعا ایتمزدن اقدم آرەك تپسیسنی تقدیم ایدر ،

شرائط فوق‌العاده تحتنده اجرا ایدیلوب مداخلهٔ جراحیه وقت مناسبنده ایدیلورسه نتایج حسنه حاصل ایدر .

(۲) بالتثقب اولان التهاب پریطون تیفوئیدیده عملیات خسته‌یه بعض امید سلامت تأمین ایدرسه‌ده مداخلهٔ جراحی ایچون زمان مناسب کوزتلملیدر .

(۳) تقرحات معائیه بولندیغی حالده بیله معایه وضع حیاطه ایدلمك تثقبك تندنی انتاج ایتدیکندن مداخلهٔ جراحی پك مصیدر .

مفردات طبیهٔ شرقیه

﴿بەتل وجوز آره‌ك﴾

—﴿ مابعد ﴾—

قامبوجه‌ده بر کنج ارکك بر کنج قیزه میل ایدرسه آنك خانه‌سنه کیدوب بر عدد جوز آره‌ك پاکتی براقورکه معیتدار اولان اشبو هدیه تأهله طالب بولندیغنی ایما ایتمکله قبول ایتدیکنده ازدواجه رضاسی اکلاشیلور ورد ایتدیکنده عاشق بلااصرار چکیلور .

قوانغ تونغ وست شون مثللو چین ولایتلرنده مسافره چای اکرام ایدلیوب ایکی‌یه بولنمش بر عدد جوز آره‌ك وصو ایله یغورلمش سونمامش کیرج اکیله‌رك جوز اکا صاریلان بر بەتل یپراغندن مرکب بر ساقز تقدیم ایدیلوب مسافر آنی چیکنه‌مکه دعوت اولنور .

بر قاچ ثانیه صکره فم قرمزمتراق بر لعاب ایله مملو اولنجه مسافر آنی توکورر . تکرار چیکنر لکن بو دفعه لون طبیعیده اولان لعابی بلع ایدر . او آنده وجهی قرمزیلشور وتهیج حاصل اولور وبر درجه‌یه قدر نشئه‌لنور اکر مضغ دوام ایدرایسه سکر حاصل اولور لکن دوام ایتمز وآز صکره حال طبیعی‌یه کلور .

﴿حماء تيفوئيدىدن منبعث التهابات پريطونيه‌ده مداخلهٔ جراحيه‌يه دائر﴾ فرانسه انجمن طبيسنده موسيو ديولافوانك ايراد ايتديكى مقالهٔ مهمه ﴿بروجه‌آتى خلاصه ايديلور﴾

(١) بر طاقم التهابات پريطون تثقبلر واردركه حماء شبه تيفونك دور حالى ويا دور سقوطى اثناسنده ظاهر اولورلر .

تثقيب سين حرقفى واعوره وزيل قولونه مستولى اوله‌بيلور .

بو كبى التهابات پريطونيه يالكز شدتلى حماء شبه تيفونك مدلولى اولميوب آنلر اشكال خفيفه‌ده دخى مشاهده اولنورلر .

التهاب پريطون تثقبى إيما ايدن اعراض خفيف وكرك شديد اولسون تحت‌الحراره‌يه قدر وارەبيلان سقوط حرارت آنيه عبارت بر علامت مهمه‌سى واردر .

تثقبى اولان حماء شبه تيفولر غايتله وخيم اولوب بدايتلرندن اعتباراً تثقبى وقتيله تحديد ايدن التصاقات واسطه‌سيله تخفيف ايديلورلر .

(٢) حماء شبه تيفونك على‌الاكثر دور سقوطى وياخود نقاهتى اثناسنده ظاهر اولان التهاب زيل دوريلر دخى واردركه بونلر على‌العموم يكيدن ازدياد واشتعال حرارتله موصوق اولدقلرندن تثقبلردن تفريق ايديلورلر . بونلر عادى بر التهاب زيل دودى مثللو تشكيل ايدوب استطالهٔ اثنانيه هيچ بر التهاب پريطونه ميدان ويرمكسزين يالكز زيل دودى‌يه صولتنده تحديد شئامت ايدر . وزيل دودينك تثقب ابتدائى ويا تاليسنى ايقاع ايتميه‌ركدخى التهاب زيل دودينك (التهاب پريطون مكيس) و(التهاب پريطون متعمم) و(خراج كبد) و(خراج منتقل) مثللو اختلاطات تاليه‌سنه منتج اوله‌بيلور .

(٣) تيريدالدنبرو قبول ايدلمكده اولان بالسرايه التهاب پريطون تيفوئيدى موجود دكلدر .

تداويسى . — تداوى ايكى نوع اولوب بريسى طبى وتأثيرى جزؤى وديكرى جراحى اولوب التهابات پريطونيهٔ تيفوئيديلرك انواعى تفريق وتميز ايدلمك اوزره شايان توصيه‌در :

(١) التهاب زيل دودئ تيفوئيديده و التهاب پريطون تيفوئيدئ دوديده عمليات

بر توسیع کافی استحصالنی تسهیل ایدر اك وخیم خصوصاتده توسیع تام اونبش یکرمی دقیقه ظرفنده استحصال ایدیلور .

(٣) بسبتون عاطل بر رحمده بیله تفلصات ایقاع ایده‌بیلور .

بو اصول ایله تداوی ایلدیکم ٣٨ حواله خصوصاتنده یالکز ٢ وفیات وقوعه کلوب بنم موسعمك استعمالیله اصلا تمز قان مشاهده ایتمدم .

وباده سروم شرینغه‌سی

موسیو (هاندی مونو) انجمن طی‌ده موسیو یرسنك استحضار ایتدیکی سرومك تحت‌الجلد شرینغه‌سی واسطه‌سیله آنوی‌ده ٢٢ عدد وباء خیرجینك ٢٠ عددی شفایاب اولدیغنی بیان ایتمشدر .

« دوقتور یرسنك (قانتون)دن عزیمتندن صکره (هایفونغ)ده فرانسز قونسولوسی « موسیو (شوسه) یازدیغی مکتوبنده عملیات مزبوره‌یی ینه وباء خیرجلی‌یه مبتلا ایکی « طلبه‌یه بالاجرا شفایاب اولدقلرینی ذکر ایدیور .

« آنوی‌ده‌کی فرانسز مأموری واسطه‌سیله شهر مزبورك وباء وقوعاتنك زیاده « ایدوکنی موسیو یرسن خبر آلدقدن صکره ٢ تموز تاریخیله اورایه کیتدی .

« اوراده التی کون اقامت ایدوب او اثناده پاستور دارالعملیاتنك سرومنی تحت « الجلد شرینغه ایدرك تداوی ایتدیکی ٢٢ شخصك ٢٠ عددینی شفایاب ایتمشدر .

« دوقتور یرسن آنوی‌ده‌کی چین اطباسنه اون درت شیشه سروم ترك ایدرك « صورت استعمالنی تعریف ایتمشدر .

« دوقتور یرسنده آرتق سروم قالمنجه آنام داخلنده‌کی (نا ایران)ه عودته قرار « ویره‌رك اوراده قبل العزیمه تلقیح ایتمش اولدیغی حیوانلرده بعضیلرندن سروم « استحصال ایتمشدر .

« الیوم یرسن سرومنك وباء خیرجلی حقنده‌کی تأثیر شفابخشاسنی فناً محقق بر « کیفیت کبی قبول ایتملیدر .

« بوندن استنتاج اولندیغنه نظراً مقدار کافی سروم حصوانی تأمین ایدن وسائطه « تشبث اولنه‌رق چین حکومتی دخی تدابیر لازمه‌یی قبول ایتدیکی حالده چیندی بلدی « اوله‌رق اجرای احکام ایدن اشبو مرض مدهشك ممالك چینیه‌دن امحاسی ممکن اولور. »

لرینه احتقان رئویدن خوف ایتدیکم خصوصانده آجی چیدم خلاصهٔ سیالهسنی استعمال ایتدم .

موسیو دو قورتهژانهرا.— بندهکز طرز تداویٔ معلومی استعمال ایدرم : پرهیز لبنی خفیف صورتده فصد عمومی وقلورال استعمال ایدوب ایجاب ایدرسه فصد عمومی‌یی تکرار ایدرم . تجربهٔ ذاتیه‌مه استناداً حواله نوبتنك بدایتندن اول مؤثر بر مداخله اجرا اولنمامسنی التزام ایلرم زیرا عنق اوزرنده‌کی عملیاتلر تبول زلاله مبتلا قادینلرده حملات ایقاع ایدرلر .

موسیو موریزانی.— حواله حملك ایلك زمانلرنده واقع اولورسه اسقاط جنین طرفداری دکلم . حملك ایلك آیلرنده حواله نمایان اولورسه وفعل بدأ ایدرسه وضع حمل تمام ایدلملیدر ، اکر فعل بدأ ایتمزسه تولید جبری‌یه مراجعت ایتملیدر ، توسیع عنق ایچون اك اعلا آلت الدر : لدالحاجه شقوق صغیرهٔ عنقیه استعمال ایدرسه‌مده انشقاق رحمی موجب اولان شقوق کبیره‌یی منع ایدرم . ایجابنده عملیات قیصریه‌یی شقوق کبیره‌یه ترجح ایدرم .

موسیو کیره‌ل .— ۲۹ حواله مشاهده ایتدم بونلردن ۱۸عددی وحیدالولاده و ۱۱ عددی کثیرالولاده ایدیلر .

۶ قادین وفات ایدوب ۲۳ عددی شفایاب اولدیلر ، ۲۹ چوجقدن ۱۷ عددی بعدالولاده وفات ایدوب ۲ عددی طرد اولنمدیلر ۱۰ عدد برحیات قالدیلر .

۱۵ دفعه فعل ولاده آنی اوله‌رق ختام بولوب ۸ دفعه ملقوط جنینه احتیاج کورلمشدر بر دفعه‌ده شامبتیه بالونی استعمال ایدلمشدر . فعل بدأ ایتمزدن ایکی قادین وفات ایتمشدر .

یالکز ایکی دفعه حمله‌لر اثنای فعلده ظهور ایتمشلردر .

٤ دفعه حواله بعدالفعل واقع اولمشدر .

موسیو بوسی.— حواله حالنده رحمی تخلیه‌یه لزوم واردر وبونکچون توسیع جبری شقوق وعملیات قیصریه‌یه ترجح قلنملیدر . تجارب کثیره‌دن صکره اعمالنه موفق اولدیغم موسعی سزه ارائه ایدیورمکه اشبو موسع بروجه‌آتی محسناتی حائزدر :

(۱) وحیدالولاده تصادف اولندیغی مثللو تعضر ایتمامش و مسدود عنقلره بیله کمال موفقیتله قابل تطبیقدر .

(۲) استطباته کوره قابله‌یه آز چوق جزؤی بر زمانده جنینك اخراجی ایچون

رحمك حاوى اوله‌بیله‌جكی مشیمه پارچه‌لرینك تطهیری ایچون رحمه قاشیقلمق جهتنی التزام ایلرم ،

موسیو لیندفور . — قونغره‌یه حواله‌دن وفات ایتمش بر قادینك قلبنده‌كی دمده بولدیغی حجرات كبدیه‌نك استحضار خرده‌بینیسنی ارائه ایدر معلم آلبه هركس مثللو پرهیز لبنی وقلورال ایله تداوی جهتنی التزام ایدرسه‌ده مرض مزبورك اسباب تولدیه‌سی معلوم اولمدقجه انك بر تداوئ خصوصیسی بولنمیه‌جغنی بیان ایدر .

موسیو اوده‌بر. — حواله‌نك تداویسنده شدتلی فصدلرله معقم مصل شرینغه‌لرینك تخلیط ایدلمسنی ویاخود بر مقدار سمدار دمك یرینه زیاده‌جه مقدارده بر مایع غیر سمی اساله‌سندن عبارت اولان غسل دم حقیقی‌یه مراجعت اولنمسنی توصیه ایدر .

انتداره كلنجه الیوم مصدق اولان بر خصوص حواله‌لی اشخاصك فتح میتنده درون كبدده ازفهٔ محدوده ویا منتشره مشاهده اولنور . اشبو اختلاطات كبدیه‌نك اوصافی یرقاندر . مومی‌الیه بو حالده اوتوز قدر حواله خصوصاتی مشاهده ایدرك درت دفعه یرقانه تصادف ایتمشدركه بونلردن اوچی وفات ایتمشدر . اثنای فتح میتده آفات كبدیهٔ عظیمه مشاهده اولنمشدر . اشته بو مشاهداته استناداً مومی‌الیه حواله‌لی‌لرده یرقانك ظهورینی غایت وخیم بر عرضه مقامنده تلقی ایدر .

موسیو شالیقس ویوی . — تجارب حاضره‌یه استناداً مومی‌الیه حواله‌نك حمله دورینك تداوئ مؤثرینی بروجه آتی مواد ایله تحدید ممكن ایدوكنی بیان ایدر .

قلوروفورم اساسی تداوی‌یی تشكیل ایدوب قلورال بروم پوتاسیوم ایله برلكده یاخود آیروجه معده ومعاء مستقیم طریقلریله چوق مقدارده استعمال ایدلملیدر. غایت قیمتدار بر واسطه اولان فصد عمومی علی‌الاكثر اهمال ومعارضه ایدیلور. آنك استطبابنی یالكز قوی‌البنیه ودموی قادینلره حصر ایتمك ناصو ایدر. ضعیف ونحیف قادینلر آندن چوق مستفید اولورلر . تحت‌الجلد زیاده مقدارده معقم طوزلی صو شرینغه‌لری فصد عمومینك غایت نافع متممیدرلر . مذكور شرینغه‌لر تناقص دمك تأثیراتنی تنقیص ایدرك وجودی افرازات بولیه ایله غسل ایدرلر .

موسیو بواسی. — بكا قالورسه رحمی تخلیه ایتمك الزمدر ظن ایدرم . توسیع جبری شقوق عنقیه وعملیات قیصریه‌یه ترجح ایدلملیدر .

موسیو پاسقالی. — بنده‌كز روما سریریات ولادیه‌سنی ادارهم اثناسنده ٢٥ عدد حواله وقوعاتی مشاهده ایدوب آنلردن ٥ وفیات وقوعه كلمشدر . بنم تجربه‌م راپورلرده مندرج اولان همان عینیدر . حمله‌یی توقیف ایچون قلور مائیت مورفین شرینغه‌

بنجه حواله نوتتك سير تداويسى بروجه آتيدر :
(١) قولدن زياده‌جه قان المق ،
(٢) مسهلات شديده ،
(٣) قلوروفورم وقلورال ،
(٤) پرهيز لبنى ،
اشبو اصول طرفمدن ١٨٩٢ سنه‌سندنبرى استعمال اولنمقده‌در .
نتيجه‌لرم اولكيلردن چوق اعلادر .
سريريات ولاديه‌ده ١٨٣٤ دن ١٨٩٦ يه قدر ٣١٢ حواله خصوصاتى مشاهده اولنوب ١١٦ قادين وفات ايتديكندن عدد وفيات ١٠٠ده ٣٧ نسبتنده‌در .
٣٠٤ چوجقدن ١٨٣ عددى وفات ايدوب ١٠٠ده ٦٣ وفيات خصوله كلمشدر .
اشبو استاتستيق ادوار تاليه‌يه تقسيم ايدلدكده ١٨٨٩ سنه‌سى كانون ثانيسندن ١٨٩٦ كانون ثانيسنه قدر ٤٠ حواله و٩ وفيات يعنى ١٠٠ده ٢٢,٦ نسبتنده وفيات مشاهده ايتدم ،
چوجقلرك وفياتى ١٠٠ده ٦٨در .
١٨٨٩ و١٨٩٠ و١٨٩١ سنه‌لرنده ١٨ حواله و٧ وفيات يعنى ١٠٠ده ٣٨ وفيات وچوجقلرك ١٠٠ده ٦٦ وفيات مشاهده اولنور .
بو اثناده تداوى مقامنده قلورم وقلورال استعمال ايدوب بعضاً ده اكا قان المق ونتؤ حلمى اوزرينه سلوك يا پشديرمق مثللو وسائط علاوه ايتدم . ١٨٩١دن اعتباراً بروجه‌بالا مذكور تداويى استعمال ايدرم .
١٨٩٢ و١٨٩٣ و١٨٩٤ و١٨٩٥ سنه‌لرنده ٢٢ عدد حواله‌دن ٦ وفيات يعنى ١٠٠ده ٩ عدد وفيات وچوجقلرده ١٠٠ده ٧٧ غدد وفيات مشهاده اولنمشدركه بالنسبه وفيات پك جزؤى كورلمشدر .
موسيو پامار.— بنم تجربه‌م بروجه آتيدر :
واسطهٔ شفائيه مقامنده بنده‌كز دائما ٨٠٠، ٩٠٠، ١٠٠٠ غرام مقدارنده قوتلى بر فصد عمومى ايله بدأ ايدرك بعده قلوروفورمه مراجعت ايلرم ، هيچ بر عارضه‌يه دوچار اولمقسزين خسته‌لرى قرق ساعت قلوروفورم تحتنده بولندردم ،
فن ولاده نقطهٔ نظرندن رحمى حاوى اولديغى حمله موواددن تخليص ايتمكى التزام ايدرم اكر فعل بدأ ايتمامشسه آنى ايقاع ايلرم ، اكر فعل بدأ ايتمشسه عنقى توسيع ايدوب مرور ايده‌بيلديكم زمان جنينى اخراج ايدرم ، بعد الولاده اولان حواله‌لرده

(شامپه‌تيه دوريب) موسعلری تطبيقيله تولد تسريع ايديله‌بيلور . عنق حشين ايشه بوندن اجتناب ايدلمليدر .

(٤) تداوئ تحفظی :

استراحت وپرهيز لبنی ومسهللر وحمام حاره اك زياده حسن نتيجه ويررلر .

موسيو (پاروه‌ن) فيلادلفيالی

حواله‌نك تداويسنده آجی چيدم ايله استحصال ايتديكم نتايج خسته ديكر ادويه‌نككنه فائقدر . آجی چيدم حواله‌نك تسمم دمدن متارت اولان سببنه تأثير ايدوب استطبابات عرضيه‌يی امحا ايدر .

نبضك سرعتی تنقيص ايدوب افرازات جلديه‌نك فعاليتنی تزييد وحرارتی تنقيص ايدرك فوق‌العاده بر مدرر كبی تأثير ايدر . بنده‌كز وضع حمل ايدن قارينلرده دوای مربور ايله ٩٢ نسبتنده نتايج حسنه استحصال ايتدم .

مباحثه

موسيو تارنيه.— حواله‌نك تداويسنده دقت اولنه‌جق ايكی نقطه واردر : قبل النه‌بة اولان حواله واثنای نوبتده‌كی حواله .

تداوئ تحفظی مقامنده يالكز تبول زلاله مبتلا حواتنه دكل تسمم دمه عطف ايديله‌بيلن عوارض عصبيه ابراز ايدن قادينلره پرهيز لبنی ترتيب ايدرم زيرا مصل‌الدمك سميتی ادرارده زلال موجود اولسون اولمسون حواله‌يه سبب اولور .

پرهيز لبنئ مركب تجربه ايتدمسه‌ده نتايج حسنه استحصال ايده‌مدم. تجربهٔ ذاتيه‌مه استناداً بيان ايدرمكه پرهيز لبنئ قطعی الزمدر . بوكا علاوةً يوميه ٣ـ٤ غرامدن قلورال ويرلمليدر .

تداوئ شفائيده طرز تداويمی حواله‌نك تسمم دم نتيجه‌سی بولنمسنه بناً ترتيب ايدرم . اشبو سميتی تخفيف ايچون پرهيز لبنی ايله فصد عمومی ومسهلات شديده استعمالنی علاوه ايدرم . خسته‌لر سودی قلع ايده‌مزلرسه مسيار مری استعمال ايدرم. مسهل شديد اوله‌رق بر چوربا قاشيغی هند ياغی درونده بر طمله حب‌السلاطين ياغی اعطا ايدرم وفصد عمومی‌يه اهميت عظيمه اسناد ايدرم . بر زماندنبرو تحت‌الجلد مصل صناعی تزريقاتی تجربه ايتمكده ايسه‌ده بين‌الاورد، تزريقات استعمال ايتمدم .

حواله‌نك اسباب وتكونات مرضيه‌سی هنوز مجهول ايسه‌ده انكليز اطباسنجه ايكی نقطه حقنده حاصل اولان تبدل افكار حقنده نظر دقتكزی جلب ايده‌جكم :

(١) انكليز اطباسی اختلاجاتك دائما بر مرض كليويدن نشئت ايتديكنه ارتق اينانميورلر .

(٢) اليوم سبب اختلاجات اوله‌رق جنينك تأثيرينه اهميت مخصوصه اسناد ايدرلر .

اغلب اولان نظريه اختلاجاتك والده وكرك جنينك عضويتی طرفندن افراغ اولنان بر مادهٔ سميه‌نك تأثيرندن نشئت ايتمشدركه مادهٔ مزبوره زياده مقدارده بولنمز ايسه هيچ بر عارضه توليد ايتمكسزين بوندن طرد اولنور . اكر اعضاء مذكوره فوق‌الحد نمو وفعل تولدك مساعئ شديده‌سی سببيله كلبه يورغون ايسه مادهٔ سميه طرد وافراغ اولنميوب انك ادارهٔ بدنيه‌ده تراكمی مراكز عصبيه اوزرينه تأثير ايدر .

انقباض حالنده وياخود كلبه (له‌يدن) نام مؤلفك حمله مخصوص اوله‌رق توصيف ايتديكی حالده وياخودكه كلبه ايله كبد انساجنده مواد سميه‌نك دورانندن متحصل بر استحالهٔ نسجيه ابراز ايدرك اعضاء مفرغه‌نك وظائفی سكته‌دار اولمشسه دخی عين عارضه واقع اوله‌بيلور .

فرضيهٔ مزبوره‌يه استناداً حواله‌نك تداويسنی بروجه آتی تقسيم ايديورم :

(١) تداوئ حمله ؟

تحت‌الجلد مورفين شرينغه‌لری ، مايعاتك حنجره و رأتين درونـه دخولنی منع ايچون خسته بر جهتنه ياتيرلمليدر (اوزيماء رئوی حواله‌ده باشلوجه سبب موتدر) . خسته‌نك جريحه‌دار اولمامسنه وصيجاقجه طوتلمسنه وكثرتله تليين ايدلمسنه و مايعاتدن بر شیٔ اخذ ايتمامسنه دقت ايدلملی و نوبات آره‌سنده كنديني طانيوب طانيمديغنه نظراً صيجاق صو ويابخار حمامی ترتيب ايدلمليدر .

(٢) باعث اختلاجات اولان سمدن تخليص اولمق ؟

عين تداوی : مسهللر و حمامات حاره وخسته‌نك صيجاق طوتلمسی ومايعاتدن مجانبت اولنمسندن عبارتدر .

(٣) تداوئ توليدی ؟

فعل حمل هنوز باشلامش ايسه رحم تهييج ايدلمكسزين اختلاجات تداوی ايدلمليدر فعل بدأ ايتمش ايسه وخسته دور طردده ايسه قلور نمل اعطا ايديله‌رك تولد سرعتله خاتمه‌لنديرلمليدر . دور توسعده عنق رحم قابل توسع ايسه صيجاق دوشلر و(بارت) و

طردى مقصديله مايعات ادخال ايديله‌رك غيب اولان دمك يرينه مايعات سوقيله متعاقب اجرا قلنان عمليات مغديه واسطه‌سيله ادارهٔ بدنيه‌دن آز چوق سمدار مايعاتك طردينك تأثيرى مشكوكدر .

(١٠) قلوروفورم ومورفين وقلورال مثللو اك زياده مستعمل مسكنات حملهٔ عصبيه تأثيرلرى محقق ايسه‌ده اساساً صورت شفائيه‌ده دكلدر .

(١١) هرحالده انتهاى حمل ارزو اولنمغه شايان اولوب حالات وخيمه‌ده مدت قليله‌ده واقع اولمق بهمحال الزمدر .

بونكچون بدايت نوباتده دائما وضع حمل فعلنى تسريع وتسهيل ايده‌جك معا وناتده بولنامليدر .

على‌الخصوص شرائط مستعجله‌ده (پارمقلر وشقوق وموسع مياهى ويا معدنيلر) مثللو وسائط ايله توسيع جبرئ عنق اجرا ايدلمك وبلاتأخر چوجق اخراج ايدلمك لازمدر . اكر بو كبى توليد جبرى مانوره‌لرى بلا خسارات عظيمه ممكنسز وغايت بطئ وياخود متعسر كورينورلرسه اولزمان عمليات قيصريه‌يه مراجعت ايدلمك الزمدر.

(١٢) بعدالتولد اولان حواله اكثر خصوصاتده خفيف اولوب مقدار معتدله‌ده مسكنات استعماليله برطرف ايديله‌بيلور .

(١٣) تدابير تحفظيه اختلاجات نفاسيه‌نك كافه‌سنه تطبيق ايدلمليدركه بوده اول امرده حمل حقنده معتادالتوصيه اولان تدابير صحيه وجلد وامعا زكليتين مثللو اعضا و اجهزهٔ فراغيه‌نك حسن فعاليتى وثانياً دخى تبول زلالى نقطهٔ نظرندن ادرارك معاينه‌سندن عبارتدر .

(١٤) تبول زلاله مبتلا هر بر حامله قادين پرهيز لبنى اساسنى تشكيل ايتديكى بر تداوئ منتظم ومؤثر تحتنده بولنديرلمليدر .

(١٥) عدم نتيجه و ياخود تهلكهٔ عاجله موجود ايسه قبل‌الزمان توليد صناعى شايان توصيه اولوب نتايج فوق‌العاده اعطا ايدر « بو اصول ايله بنم استاتستيقمه كوره والده‌لرك كافه‌سى شفاياب اولوب چوجقلرك ١٠٠ده ٧٥ى تخليص ايدلمشدر » .

م. بيه‌رس

حواله اثناى حملده ويا اثناى فعل ويا تولدده بردنبره ظهور ايدن اختلاجات ايله موصوفدر . صرعهٔ حملى ايله دماغى‌الاصل اولان اختلاجات بو ميانه داخل دكلدر .

(٥) عسرت تنفس وسباط وفلج وسائره مثللو عوارض وخیمه دخی بلااختلاج ظهور ایدرك موتی انتاج ایده‌بیلورکه بنجه بونلرك حواله‌نك شکل خفیفیدر .

(٦) کلیوی‌الاصل اولان تسمم دم الك اکثری اولوب چوق دفعه تبول زلال و اوزیما ایله مترافقدر .

تبول زلاله حوالهٔ نفاسینك سبب کبی نظر ایدیله‌میوب آنجق عین سببه مالك بر عرض مرضی کبی اعتبار ایدلملیدر .

(٧) تجربه اثبات ایدرکه حواله اکثریا آز چوق تبول زلال ابراز ایدن و زیاده تبول زلاللی اولوب مرتشح بولنان قادینلرده ظهور ایدر .

بو سببدن تبول زلال اصلا تسامحی حائز اولمین بر علامت متقدمه تشکیل ایدوب بنم رأیمجه اطراف سفلیه وفخذلر واللرده ووجهده اوزیما موجود ایسه طبیبك نظر دقتنی دها زیاده وابتدای حالده جلب ایتملیدر .

(٨) بنم استاتستیقلرمدن مستبان اولیورکه :

(ا) ١٥١ تولدده احواله مشاهده اولنوت حواله مادرده یوزده ٢٤,٤٢ واطفالده یوزده ٤١,٨٣ وفیات حاصل ایدیور .

(ب) ٩٢ ایلك طغورانلرده ١ حواله مکرراً طغورانلرده ٣٧٣ده ١ حواله واقع اولوب انجق وخامت ایکنجیلرده برنجیلردن زیاده‌در (١٠٠ده ٢٧,٦ و ١٠٠ده ٢٣,٣٧).

(ت) حواله تولدی متعاقب اونلردن زیاده اثنای حمل واثنای فعلده دها وخیمدر ١٠٠ده ٢٧,٧٣ و ١٠٠ده ٣) .

(ث) ٤٠ قادینده ١ عدد تبول زلاللی و٢٥ اولوب اولیة‌الولاده‌لرده ٢٥ عدده ١ وکثیرة‌الحاقل اولانلرده ٧٥ عدده ١ و ٤ تبول زلاللیده احواله‌لی و بوننده ـ٣ده ١ عددی اولیة‌الولاده و٧ده ١ عددی کثیرة‌الحاقل اولنلرده‌در .

(ج) تبول زلالسز حواله نادر (٩ده ١) در . بو بابده بنم مشاهداتمده حواله بعدالولاده ظهور ایدوب مبتلا اولان قادینلرك کافه‌سیده شفایاب اولدیلر .

(ح) یالکز تبول زلال (بلاحواله) علی‌الاکثر آز چوق وخیم عوارض مختلفه و مهلکه « ١١٠ خصوصده ٨ قادین و ٢٠ چوجق وفات ایدوب ٦١ عدد قبل المدن تولد و٨ عدد انزفهٔ متعاقبه و٣ دفعه تهدیدات اختلاجیه » ایله مترافقدر .

(٩) تداویٔ طبی اثنای حمل وولادتده‌کی حوالهٔ وخیم و تسمم دموبده اولقدر اهمیت ابراز ایتمز . مسهللر ومدر اللعابلر و « معده ومعاء مستقیم وتحت الجلد و درون اورده » مثللو طروق مختلفه‌نك هرقنغی بریسندن دمك غسلی ویاخود مواد سمیه‌سنك

مثللو بطلان حس تام اثناسنده مراجعت ایدیلان وسائطله اندازك تخفیف ایدیله‌بیله‌جکی الیوم تعین ایتماه‌شدر .

(٤) تعیین نتایج ایده‌بیلمکچون فصد ایله تداوی حقنده مشاهدات کافیه‌من یوقدر .

(٥) چوق مقدارده مورفین ایله اصولاً یاپیلان تداوی اك اعلا نتیجه ویرنیدر .

(٦) حواله‌نك طبیعت مرضیه‌سی ایوجه معلوم اولمدقجه مرض مزبورك اسباب عدیده‌سی مناسبتیله بر تداویٔ عقلیسیده اوله‌من ظن ایدرز .

(٧) اك کوزل نتیجه ویردیکی ظن اولنان فعل حملی تسریع واغشیه‌یی تثقیب و اقسام رحوه‌نك توسعندن صکره خسته‌یه وضع حمل ایتدیرمك وعدد نوباتی تنقیص ایچون چوق مقدارده مورفین اعطا ایتمك کندیسنی غیب ایتمش خسته‌لره فم طریقیله اعطای ادویه‌دن مجانبت ایدوب وسائط خارجیه ایله سیلان لعاب حاصل ایتمکدن عبارت تداوی مختلطدر .

(٨) فوق‌العاده مهارتلی کمسه‌لر طرفندن صورت مطلقه‌ده اجراسی الزم عملیاتلر تکلیف ایدیله‌جك درجه‌ده حواله‌یه تهلکه اسنادینه سبب یوقدر ،

(٩) بالکز خصوصات استثنائیه‌ده جراحیٔ کبیرجه بر عملیاته مراجعت لازمکلور

م، شارل

(١) حوالهٔ اطفال مثللو حوالهٔ نفاسیدخی برارفاع مرض اولمیوب اسباب عدیده‌سی ومسبتنه کوره درجهٔ وخامتی واردر .

(٢) حوالهٔ نفاسی افعال منعکسه قبیلندن ویاخود (تروب روزانتاین)ك نظریه‌سی وجهله بر اغتشاش دورانی نتیجه‌سی اوله‌بیلورسه‌ده علی‌الاکثر حال طبیعیده کلیه وکبد مثللو غدد مفرغه طرفندن افراغ اولنمقده‌لر ایکن آفات مختلفه واسطه‌سیله آنلرك وظائفی خللپذیر اولنجه بدنده (توقزین — مواد سمیه) دنیلان محصولات مضاد تمثیلیه تراکمی نتیجه‌سی دم ایله انساجك بر تسممندن (تسمم دم) ایلرو کلمشدر ،

(٣) حامله قادینلرك ؛ کثریسنده حال طبیعیده فعل تمثل نقدر قوتلی اولسه بیله ادرار درونده معتاددن زیاده (بوله) جوهری بولندیغندن اولدقجه بوکا مشابه بر تسمم بنفسه موجوددرکه بو حمله عائد علی‌العاده بر تسمم بنفسه‌در ،

(٤) اکر کلیتین وکبد وسائره غیرمنتظماً ایفای وظیفه ایتمکده‌لرسه تراکم مواد سمیه اوقدر تزاید اودوب عوارض وخیمه تولید ایده‌جك حاله کلورکه آنلرك باشلوجه لرندن عبارت حواله دخی ظاهر اولور ،

قلور سوديوم محلول فيسيولوژيسيله تحت‌الجلد ويا درون اوروده‌يه تزريقات ايله متعاقب اوله‌رق قصد اجراسى شرائط اساسيه‌يه مستند بر اصول تداوى تشكيل ايدوب لهنده مشاهدات سريريه دخى موجود ايسه‌ده بونلرك عددى قليلجه بولنديغندن اليوم اصول مربورك قبولى حقنده صراحة رأى ويريله‌مز .

(٣) رحمك سرعتله تخليه‌سى حواله‌نك تداويسيچون اك مهم بر نقطه تشكيل ايدر ايسه‌ده بونك عواتب وخيمه‌سى ومداخله‌نك تهالك عظيمه‌سى نظر اعتنايه آلنمليدر .

(٤) اثناى حمله‌كى حواله‌لر ايچوندخى خصوصات مساعد اولدقجه حملى نهايتلندرمك وعنق رحم غيب اولوب توسعى كافى درجه‌ده دكلسه شقوق متعدده واسطه‌سيله طروق حاصل ايتمك لازمكلور .

(٥) حواله‌ٔ رحمى حقنده وسائط آتيه جاى تطبيقدر :

مورفين وقلورال وچوق مقدارده خريق مثللو مواد استعماليله اغشيه‌نك شفنى ووضع حملى موجب اولمق لازمدركه بونلر نقدر زياده مقدارده و٤نجى نومروده بيان اولنان شرائطه دكين حواله‌نك نقدر ابتدالرنده استعمال اولنورلرسه اولقدر مؤثر اولورلر .

حال وخيم وتهلكه مدهش ايسه واغشيه وسائط مذكوره ايله منشق اولدقلرى حالده بيله عنق رحمك غيب اولمسنه دكين بر قاچ سانتيمترو توقنى عوق وتأخير ايدلمك اميد ايديله‌مزسه وعنق رحم متقص ومتلين ايسه رأرمجه توسيع جبرى دورش اصوليله اجرا اولنان شقوق عميقه‌دن زياده مسهيل وقابل تطبيقدر .

عين نوعدن اولان و لكن عنق رحم متاين بولنميان وياخود بالاده مذكور طرز مداخله‌يى غيرقابل تطبيق ويا متعسر قيله‌جق شرائط موجود بولنان خصوصاتده وعلى الخصوص جنين برحيات ووقتى تمام بولندقده عمليات قيصريه لازم الاجرادر .

(٦) مداخلهٔ جراحيه‌نك كافه‌سى نوم قلورنملىٔ عميقده اجرا قلنمليدر .

م. دووايت

(١) معلومات حاضره‌يه بناً حواله حقنده بر تداوىٔ يكانه تأسيسى محالدر .

(٢) حواله‌نك هر قنغى بر تداوى ايله شفاياب اولان انواع عديده‌سى واردر .

(٣) قائوتچوق كيسه‌لر واسطه‌سيله قنان حملينك توسيعى وشقوق وعمليات قيصريه

م. ف. هالبرستما (اوترك)

حواله‌نك اصول تداويسنده الك مهم مسئله نجه نهايت حملده وبدايت فعلده وضع حملی بكلمك وياخود آنی تسهيل ايتمك مسئله‌سی ايدوكندن يالكز بو مسئله ايله اشتغال ايده‌جكز . زيره مذكور خصوصاتده قابل صورت موءثره‌ده مداخله ايتمليدر .

(١) عدم تبول تام مناسبتيله انداز فوق‌العاده كسب وخامت ايدرسه ونوبات اختلاجيه شدتلی وصيقجه ايسه .

(٢) فعلك بدأً ايده‌جكنه دائر امارات موجود دكل ايسه .

(٣) مثلا ايلك طوغورانلرده اولديغی مثللو بدأً ايدن فعلك اوزونجه و متعسرجه اوله‌جغنه يقين حاصل اولورسه وقادين مسنه اولوب حمل متعدد وتضيق حوصله موجود ايسه .

نبض ضعيف ومتواتر كوريلنجيه دكين مداخلهٔ مؤثره‌يی تعويق ايتمك اختيار اولنماملی .

شرائط مزبوره‌ده بيله نتايج حسنه استحصال اولنه‌بيله‌جكی شايان دقتدر .

نهايت حملده قابل بالترجيح عمليات قيصريه‌يی اجرا ايتمليدر. بدايت فعلده قابل عنق توسيع ودورش اصولنی اجرا ايتمليدر .

م. ل. ماژپاغاللی

(١) حملك تسمم ذاتيسنی محض اولان شرائط مزبوره‌نك دفع ومنعيچون تداویٔ تحفظيه شايان توصيه‌در . بوندن ماعدا شرائط مزبوره‌نك شدتی تزايد ايدر ايسه بو خصوص دها كسب قوت ايدر .

تداویٔ تحفظی هرشيدن اول تبول زلاله و خصوصيله ايلك طوغورانلره جای تطبيق اولوب فقط بوندن ماعدا آفات هظميه وعلل عصبيه‌نك پك چوقلرينه راجعدر

لبن مضاد تعفن معائيلرله متحداً استعمال اولنديغی زمان فعل تبولی تزييد ايدوب وظائف جلديه‌يی اصلاح وفعاليت قلبيه‌يی تهييج وحواله‌نك الك مكمل دوای تحفظيسنی تشكيل ايدر .

(٢) كرك فصد وكرك مسهلات شديده وكركسه مورفين وقلورال وقلوروفورم وخريق وادويهٔ مدراللعاب مثللو موادادن عبارت اوله‌رق استعمال اولنان تداویٔ طبی اساساً خسته‌لغه تأثير ايتميوب تداویٔ اعراضيه تشكيل ايدر .

اشته پارسلی دوقتور شارپانتیه‌نك راپورینك خلاصه‌سی بروجه آتیدر :

(١) تبول زلاله مبتلا هر بر حامله قادینی حواله‌یه معروض بولندیغندن و پرهیز لبنی ایسه تبول زلالیده وباخصوص تبول زلالیٔ حملیده نتایج خارق‌العاده اظهار ایتدیکندن حامله قادینلرك ادراری كمال دقتله معاینه ایدلملیدر و آنده زلال اثری كوریلمینجه همان صورت قطعیه‌ده پرهیز لبنی توصیه ایدلملیدر .

بو اصول حواله‌نك اك كوزك تداویٔ تحفظیسیدر . قادینلرك بلاتبول زلال دوچار اولدقلری اوزیماده پرهیز لبندن زیاده استفاده ایدیلور .

(٢) بر حواله‌لی قادینه تصادف ایدیلنجه خسته قوی‌البنیه وكیانوسی ایسه ٣٠٠دن ٥٠٠ غرامه قدر بر فصد اجرا ایدیلوب قلورال‌لی ادویه وحین حاجتده مریٔ سونده‌سیله معده طریقیله سود اعطا ایدیلور .

(٣) بالذات نوباتیدخی قلوروفورم اشماماتیله دفعه چالیشیلوب تبول تحت‌المدیه مصل صناعی زرقیله تسهیل ایدیلور .

(٤) قادین دها ضعیفجه وعلائم كیانوسیه دها جزؤی ونوبات سیركجه ایسه قلورال‌لی تداوی ایله اكتفا ایدیلور .

(٥) فعلك بردنبره ظهورینه منتظر اولملی وممكن اولدقجه وضع حملك باشلو باشنه نهایت بولسنه منتظر اولملیدر .

(٦) فعل بردنبره ظهور ایدوبده تقلصات رحمیه‌نك غایت خفیف ویاخود زیاده بطی اولمسنله رضع حمل نهایت بولمیه‌جق اولورسه ماقط جنین تطبیق ویاخود چوجق برحیات ایسه تقلیب جنینی وبرحیات دكل ایسه خذع رأس و تفتیت قحف ایله جنینك اخراجنه چالشلملیدر .

(٧) بو وجهله حركت و مداخله ایدلمكچون اعضاء مادریه‌نك (توسع تام ویا قابلیت توسعیهٔ عنق) مثللو حالده بولنمسی لازمدركه مداخلهٔ مزبوره بلامضرت یعنی بلا شدت ومادر ایچون بلاتهلكه اوله‌بیلسون .

(٨) بعض حالات استثنائیه‌دن متولد وضع حملی قید احتیاطده بولندرمق .

(٩) عملیات قیصریه و تولید جبری وولادت عسیره مثللو واسطه‌لری حواله‌نك تداویسی حقنده اصول اتخاذ ایتمامك .

هركونا تداوی وتدابیر طبیه نتیجه حاصل ایتمیوب والده بر موت محققه معروض اولدقجه تولید جبری‌یه مراجعت ایدلملی الحاصل آنی قطع امید ایدیلن احوالده چارهٔ اخیره مثللو قوللانلملیدر .

مشاهدهٔ مذکوره ۱۸۷۰ محاربه‌سنده یاره‌لنمش اولوب آلت ناریه نتیجه‌سی واقع اولان بو یاره‌دن صکره عنقده غایتله موجع بر ندبهٔ کهلوئیدیه‌یی حامل اولان بر آدمدن باحثدر .

ملتقای ایسردن داخل اولان بر قورشـون عضلهٔ وقیهٔ حلمیه‌نك صافهٔ حلفیسی خذاسنده ینه عینی جهتدن خروج ایتمش ایدی قورشونك خروج ایتدیکی شو جرحه تقریباً (٤) سانتیمترو طولنده و (۳) سانتیمترو عرضنده بر کهلوئید حاصل ایدرك ندبهٔ مذکوره یکرمی‌اوچ سنه‌دنبرو اوجاع دائمه‌یه سبب اولمش و اوجاعه قارشی موقع استعماله وضع اولنان مختلف وسائط جراحیه‌نك هیچ بری کارکر تأثیر اوله‌مامشـدر (کاوسهٔ ویانه، مشراط، کیٔ یاالکتریق آلتی، کی بالنار آلتی) اشته شو خسته اوزرنده‌در که م. دولورم برنجی دفعه اوله‌رق غایتله شدتلی بر ضغط واسـطه‌سیله ندبه‌نك نسج عصبیسی تخریب ایتمك فکرینی میدان تجربه‌یه وضع ایلمشدر .

م. دولورم ندبه‌یی ابهام ایله سبابه‌نك ارهسنه آله‌رق بتون قوتیله تضییق ایلمشدر. درت کون اره ایله ایکی دفعه اجرا اولنان بو عملیه‌دن صکره اوجاع کاملاً غیب اولمش ایدی . شفا اوچ سنه‌دنبری الان دوام ایتمکده‌در .

دیکر طقوز مشـاهده‌ده عوارض دها یقین بر زمانده حاصل اولمش عوارضدن عبارت ایدی ایسـه‌ده فقط بو خسته‌لر مدت مدیده‌دنبری تحت تداویده بولندیرلمش و هیچ بر موفقیت استحصال اولنه‌مدیغی حالده ضغط جبری بر ایکی دفعه تکرار ایدلدکدن خسته‌لرك شفاسی تأمین ایدیله‌بیلمشدر .

دوقتور دوبر

حواله‌نك تداویسی

عملیات ولادیه وعملیات امراض نسائیه حقنده ۱۸۹۵ سنهٔ میلادیه‌سـنده جنوه‌ده انعقاد ایدن قونغره‌ده حواله‌نك تداویسی کیفیتی موقع بحثه قونلدیغندن بر بابده‌کی مقرراتی (اونیون مه‌دیقال)دن نقلاً ذکر ایدرك اوروپا حکمای مشهوره‌سنك افکارینی قارئین کرام حضراتنك انظار استفاده‌سنه وضع ایدیورز .

ضغط جبریٔ مذکور فی‌الحقیقه درجهٔ نهایه‌ده موجب وجع ایسه‌ده فقط بالاخره حصوله کلن استراحت اولقدر موجب خشنودی اولمشدرکه م. دولورم خسته‌لرندن هیچ بری شو اصول تداوی‌یه معروض اولمقده اظهار اثار تردد ایتمامشدر .

وخیم افعال منعکسهٔ بصلیه تکون ایدر قورقوسیله فلورنمل استعمال اولنه‌مدی ایسه‌ده قلورنمل وسائر موضعی مبطل حسلرك استعمالندن دخی استفاده اولنه‌بیلیر . اصول مبحوث‌عنهك انقلابات عظیمه‌یی یاخود آز چوق وسعتلی اوله‌رق معند فلجلری انتاج ایدن تطویل اعصاب یاخود خزع‌العصب عملیاتنه ویاخود تفرق اتصال عصبی‌یی ایقاع ایدن بالجمله عملیاته مرجح اوله‌جغی طبیعیدر .

عملیاتك اصول اجراسنده شایان اشعار مهم بر جهت واردر .

ضغط جبری عملیه‌سندن ارزو اولنان نتیجه‌نك تماماً استحصالی ایچون ندبه‌نك و خفیف بر تضییق واسطه‌سیله درجهٔ نهایه‌ده وجع حصوله کتیرن قطعهٔ التهابیه‌نك بالجمله نقاطنی ضغط ایتمك الزمدر .

وسعت جهتندن غیرتام اولان بر ضغط غیرکافی اوله‌رق عملیاتك بر قاچ دفعه دها تکررینی استلزام ایده‌بیلیر . موفقیاتك اك پارلاغی فرط حسه مبتلا اولان منطقه‌نك تمامیله تحدیدندنصکره غایت موجع اولان نقاط محیطیه‌نك جمله‌سنده ضغطك مطلوبه موافق بر صورتده اجرا اولندیغی احوالده استحصال اولنه‌بیلمسدر .

شو اصول تداوی‌یه اك چوق مساعد اولان ناچه‌لر، اطرافك نهایاتنده جرح نتیجه‌سی اوله‌رق حصوله کلن التهاب عصب جرحینك کثیر الوقوع اولدیغی احوالده واقع اولدیغی کبی اعصابك سطوح عظیمه اوزرنده ضغط اولنه‌بیلدیکی ناحیه‌لردر .

م. دولورمك کتابنده مندرج اولان اون عدد مشاهده‌دن التیسی ایاق اصابع و رسغ پاره‌سی نتیجه‌سی اوله‌رق حاصل اولان التهاب عصبه عائد اولوب بری ساقك جرحنه: دیکر اوچیده عنقك، وجهك وکتفك جرحنه عائددر .

اعصابك عمیق اولوب بر سطح عظمی‌ایله مناسبتده بولنمدیغی احوالده ضغطك دها از قولای ودها از مؤثر اوله‌جغی طبیعیدر .

حره‌سنی بوله‌مدیغندن م. دولورم اصولنی احوال مذکوره‌ده موقع تطبیقه وضع ایده‌مامشدر . بو خصوصده وقوعات کرچه مفقود ایسه‌ده فقط مسئله نظر محاکمه‌دن کچیریله‌جك اولورسه اصول مذکورك احوال مسروده‌ده بادیٔ نفع اوله‌جغی تظاهر ایدر .

ضغط جبری غایتله اسکی اولان التهاب اعصاب عوارضنه قارشی دخی استعمال اولنه‌رق استحصال نفع ایدیله‌بیلیر. کتابده مندرج اون عدد مشاهدات اره‌سنده اك جالب اهمیت اولان برنجی مشاهده بو خصوصی مؤیددر .

احتناق رحم احتمالنی یاخود بر سبب عمومی‌یه مربوط التهاب عصبی‌یی بالطبع برطرف ایتدکدنصکره موقع اجرایه وضع ایلدیکم اصول بودر شویله‌که :

منطقهٔ موجعه‌نك افراط حسه مبتلا اولان شبکهٔ محیطیه‌نك وسعتنی تعیین ایتدکدن صکره خسته‌یی اوطوردیغی ویاخود یاتمش اولدیغی حالده صاعد ایله رسغ‌الید قوتلی بر صورتده ثابت بر حالده بولندیره‌رق معاونلر واسطه‌سیله طوتدیروم . خسته اولان پارمغی یکدیکری اوزرینه موضوع ابهام وسبابه‌لرم ایله طوته‌رق بتون قوتمی بردن صرف ایله افراط حسه مبتلا اولان منطقه‌نك بالجمله نقاطنی متعاقباً ضغط ایتدیکم کبی جرحه یاخود ندبه اوزرنده بولنان ویاخود انلره یقین اولان نقاطی دخی تضییق ایدرم فعل ضغطی الك چوق قوتمی صرف ایتدیکم حالده الك زیاده موجع اولان منطقه‌لردن بدأ ایدرك بالاخره نقاط سائره‌یه طوغری یوروتیرم .

جراح ایله مریض طرفندن صرف اولنان کلیتلی قوتدن ناشی بر قاچ ثانیه یاخود بر قاچ دقیقه‌دن زیاده امتداد ایده‌میان برنجی دفعه‌دن صکره افراط حس باقی قاله‌جق اولورسه بر قاچ دقیقه استراحتدن صکره عملیاته ینه تکرار باشلار یاخود معاونلردن برینه یاپدیررم. عینی پارمغی متعاقباً ایکی یاخود اوچ طلبه‌یه ضغط ایتدیردیکم واقع اولمشدر.

اوجاعك شدت ووسعتی ایله انلرك بر ضغط تجربه‌سندن صکره ینه تعند ایتمسی کیفیتی درت یاخود التی کون اره ایله بر ایکنجی یاخود بر اوچنجی دفعه اوله‌رق عملیاتی تکراره بنی مجبور ایتمشدر . علی‌الاکثر یالکز بر دفعه ایله نتیجهٔ مطلوبه حاصل اولمشدر .

ضغط ایدلمش اولان پارمق سکز اون کون قدر ضاغط و ممسك پاموقلی بر تیمار واسطه‌سیله محافظه ایدیلیر .

بر ایکی یاخود نادراً بر قاچ کره ضغط اجراسندن صکره فرط حس غیب اولور وهیچ بر اضطراب ایقاع ایتمکسزین وحس ضغط دخی محو اولمقسزین ندبه بوغوریله‌بیلیر اعصابك سیری طولنجه منشاء شوکی‌یه قدر منتشر اولان اوجاع درعقب زائل اولدیغی کبی احتلالات اغتدائیه دخی غائب اولور (عرق، اوژیما، زرق: حمول مفصلیه).

الحاصل خسته اذا وجفا ایله حالی برحیاتدن بردنبره حال طبیعی‌یه تحرکه بوده غایت بسیط اولمقله برابر هیچ بر خساراتی ایقاع ایتمیان بر اصول ایله واقعدر .

ضغطك شدتی، ندبه‌نك اینجه‌لکی وقوهٔ توتریه‌سی هر نه اولورسه اولسون م.دولورم هیچ بر وقت نه کدمه نه‌ده اثار تخزق مشاهده ایتمشدر . نتیجهٔ مذکوره ابهاملرك الاستیقیت وقاللنغی وتضییقاتك استقامت عمودیه‌سی ایله ایضاح ایدیله‌بیلیر .

جریدهٔ امرای صحیهٔ

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

جنفط موضعی وجبری واسطه‌سیله جرحی یاخود

« التهابی المنشاء التهاب اعصاب عوارضنك غیبوبتی »

التهاب عصب محیطیٔ جرحینك جراحی اولسون طبی اولشون هر نوع وسائط مداواته قارشی نه درجه‌لرده معند اولدیغی و آفت مذکوره‌یه مبتلا اولان اشخاصك نه درجه‌لرده اضطراب انگیز بر حیات امرار ایلدکلری دخی هرکسجه معلومدر. ده‌پورط مکافاتنی احراز ایدن بر رساله‌ده (وال دو غراس) خسته‌خانه‌سی معلمی موسیو دولورم بسیط اولمقله برابر غایتله مؤثر بر اصول بیان واصول مذکوری التهاب عصب احوالنده موقع اجرایه وضع ایدرك هر وقت بر نتیجهٔ حسنه‌یه دسترس اولدیغی اثبات ایتمکده بولنمشدر . اصول مذکورك حسن تأثیری رساله‌ده مندرج اولان اون عدد مشاهدات طبیه ایله مثبت اولوب وتوعات مذکوره ذاتاً دارالفنون طبی وفن جراحی جمعیتی اعضاسی طرفندن نظر تفتیشدن کچیریله‌رك حقیقت حال تظاهر ایتمشدر. اصول مذکورك تعریفی بروجه زیر بیان اولنور .

م. دولورم دیرکه « فرض ایده‌لمکه بر جرش، بر جرحهٔ رضیه: بر شق فلغمونیدن صکره یاخود بر پارمغك انتظامبخش بترندن صکره مذکور پارمق موجع قالسون ! اوجاع موضعی ویاخود اوزاغه طوغری حتی جذور شوکیه‌یه قدر منتشر فرض اولنسون

نومرو ۱۳۱—۱۳۰ ۱۰ نجی سنه



۱ کانون ثانی و شباط ۱۳۱۲

جریدهٔ امراض الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

[illegible]ت تحریریه

دوقتو[illegible] [illegible]ندی پاشالر حضراتیله دوقتور عزتلو ناظم
[illegible]و و ویقتور افندی غالیمیدی

کاتب

پیر آپه‌ری

دو[illegible]

غزته اداره‌خانه‌سی

جمعیت طبیهٔ شاهانه‌نك بولندیغی محلده: درسعادتده بك‌اوغلنده سقا سوقاغنده آصمه‌لی چیقمه‌ده
اعلانات و آبونه خصوصاتی ایچون ناشر جریده «آ. خریستیدیس»ه مراجعت اولنمالیدر
غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

آبونه شرائطی

بر سنه‌لکی استانبول ایچون ۳۰ و ولایات ایچون ۳۶ غروشدر ممالك اجنبیه ایچون ۸ فرانقدر

—(آ. خریستیدی مطبعه‌سی)—

درسعادتده غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

— ۱۸۹۶ —

(اینود وتانتلی نوری شرابی)

مالق یاغی ودیکر ایبودورلره فائقدر .
مقداری: هر طعامدن اول چوجقلره بر قهوه قاشیغی کاهللره بر چوربا قاشیغی .

9me ANNÉE N° 30-31 1/13 JANVIER-FÉVRIER 1897.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

DE L'EMPIRE OTTOMAN.

SOMMAIRE. — De l'Application de la Greffe cutanée (méthode de Thiersch) au traitement de l'Ectropion cicatriciel, par le **Dr Dicran Adjémian**. — Revue des journaux. — L'acide gallique dans les hémoptysies des tuberculeux. — Formules.

DE L'APPLICATION DE LA GREFFE CUTANÉE

(Méthode de Thiersch) au traitement de l'ectropion cicatriciel

par le Dr Dicran Adjémian, de Constantinople.

Le traitement de l'ectropion cicatriciel a été, depuis les temps anciens jusqu'à nos jours, l'objet d'études sérieuses de la part d'un grand nombre de chirurgiens et d'ophtalmologistes. Différentes méthodes et procédés opératoires, souvent très ingénieux, ont été imaginés et appliqués au traitement de cette maladie avec des résultats plus ou moins favorables.

Le but que je me propose est d'attirer l'attention sur les résultats heureux que peut nous fournir l'application de la greffe dermo-épidermique de Thiersch au traitement de l'ectropion cicatriciel.

Au préalable et comme comparaison, je n'ai pas hésité à essayer l'application cutanée — méthode Lefort-Wolf — au traitement de l'ectropion cicatriciel. Par cette méthode, j'ai opéré dans le courant de l'année 1886 deux cas d'ectropion cicatriciel, dont je crois utile de rapporter ici l'observation.

Obs. 1.— Homme âgé de 30 ans, d'une constitution excellente et sans aucun antécédent héréditaire ou acquis, se présente le 27 septembre 1886 avec un ectropion cicatriciel de la paupière inférieure droite, produit, au dire du patient, il y a trois ans, à la suite d'une blessure de la région palpébro-malaire par instrument contondant. La paupière inférieure droite

est complètement renversée et son bord ciliaire fixé à la joue par des brides cicatricielles ; la conjonctive palpébrale est fortement infiltrée, hypertrophiée et d'une couleur rouge foncé; la conjonctive bulbaire aussi est rouge et infiltrée, mais seulement dans sa partie inférieure ; la cornée est trouble dans son tiers inférieur, où la surface de cette membrane est inégale par suite d'excoriations épithéliales. Dans les efforts d'occlusion palpébrale, l'œil droit ne peut pas être protégé dans la partie inférieure, la sécrétion conjonctivale est assez abondante.

Le patient fut opéré sous le chloroforme, le 3 octobre 1886, de la tmanière suivante : après avoir lavé l'œil malade, d'abord à l'eau chaude et ensuite avec une solution antiseptique, je pratiquai, à l'aide d'un bistouri, une incision courbe parallèlement au bord palpébral adhérent, laquelle incision dépassait en dedans, comme aussi en dehors, la limite de la paupière. Je libérai alors la paupière aussi largement que possible, en ayant soin de détruire toutes les brides cicatricielles que je rencontrais sur mon chemin et en les excisant au besoin. La paupière ainsi libérée pouvait être ramenée à sa position normale, sans qu'il y eût nulle part le moindre tiraillement. Dans cet état, je réunis les deux paupières par quatre points de suture, dont les fils furent fixés au front au moyen du collodion. La plaie créée par cette opération avait plus de 4 centimètres de longueur et de 2 centimètres et demi de hauteur. Un lambeau cutané détaché du bras droit, dépassant de quelques millimètres dans tous les sens les dimensions de la plaie, et dépourvu de tissu cellulaire souscutané, fut appliqué sur la paupière et réuni aux bords de la plaie palpébrale par 12 points de suture. Ceci fait, nous appliquâmes sur l'œil opéré un pansement composé d'une rondelle de protective, de coton aseptique, d'une rondelle de toile cirée et d'un bandage.

Le patient, porté alors doucement dans son lit, reçut le conseil de garder la plus grande tranquillité. Le second jour, à mon arrivée à la clinique, j'apprends du garde-malade que l'opéré avait passé une nuit agitée et n'avait pu dormir que très peu. A mon examen, je constate chez lui un certain mouvement fébrile : pouls 96, température 38°, langue chargée ; le malade n'accuse aucune douleur dans l'œil opéré, le bandage est bien en place. Je lui prescris la diète et des boissons rafraîchissantes. Le troisième jour, l'état du malade est bien meilleur. Le quatrième jour, le bandage estlsouié par les sécrétions de l'œil ; en enlevant les pièces du pansement, je sens une odeur fétide, le lambeau présentait une couleur violacée et était tout à fait insensible; à la pression, du pus verdâtre suintait à travers les bords du lambeau, une partie des sutures avait déchiré la peau, et l'endroit des piqûres était infiltré de pus.

En présence de cet aspect défavorable, il ne me restait autre chose à faire que de débarrasser la paupière de ce lambeau gangréné et de traiter la plaie infectée suivant les règles de la chirurgie. Sous l'influence de ce traitement, la cicatrisation fut obtenue dans l'espace de vingt jours, mais par suite de la forte rétraction cicatricielle, l'ectropion reparut. Le même patient fut opéré, après plusieurs mois, par le procédé de blépharoplastie de Fricke avec un résultat satisfaisant.

Obs. 2. — Homme âgé de 42 ans et exempt de tout antécédent héréditaire ou acquis, est atteint à la paupière supérieure gauche d'ectropion cicatriciel total, consécutif, au dire du patient, à une ulcération de la région palpébro-sourcilière gauche dont il aurait souffert cinq ans avant. Le malade entre à l'hôpital le 10 décembre 1889. La paupière est complètement renversée, son bord ciliaire adhérent au sourcil, mais pas au rebord orbitaire ; la conjonctive palpébrale est hypertrophiée, d'une couleur rouge foncé, et son épithélium est en partie sec comme l'épiderme.

Le 12 décembre, l'opération fut pratiquée sous le chloroforme et avec les mêmes précautions antiseptiques que chez le malade faisant le sujet de notre première observation. La plaie de la paupière, qui mesurait 3 centimètres de longueur sur 17 millimètres de hauteur, reçut, cette fois-ci, un lambeau cutané emprunté à une autre personne, opérée au même moment de trichiasis, par le procédé de transplantation de cils de mon regretté maître, le professeur von Arlt, de Vienne, avec cette différence que le lambeau cutané excisé était un peu plus grand que d'habitude.

Pour pratiquer cette double opération d'ectropion et de trichiasis, je procédai de la manière suivante : après avoir bien libéré la paupière supérieure ectropionnée et réuni son bord ciliaire avec celui de la paupière inférieure à l'aide de trois points de suture, je couvris la surface de la plaie palpébrale d'une compresse trempée dans la solution de 1/5000 de sublimé corrosif. Je commençai alors l'opération de trichiasis, et le lambeau cutané, detaché de la paupière opérée, fut aussitôt transplanté sur la surface cruentée de la paupière qui était le siège de l'ectropion et fixé par quelques points de suture. Malheureusement, le lambeau excisé ne suffit pas à couvrir complètement la plaie. Sur la paupière, saupoudrée préalablement d'iodoforme, furent appliquées les autres pièces de pansement ainsi qu'un bandage monocle. Le second jour, l'état de l'opéré était des plus satisfaisants ; il avait bien dormi la nuit, pas de fièvre ni de souffrance, appétit bon ; troisième, quatrième, cinquième, sixième jours, même état. Le septième jour, le bandage étant relâché, il fallut le renouveler. Or, après avoir enlevé les pièces de pansement et débarrassé soigneusement la paupière de la couche d'iodoforme, je trouvai le lambeau sec, insensible et d'une couleur tout à fait noire.

Malgré cet aspect défavorable, comme le lambeau greffé paraissait adhérent aux parties sous-jacentes, j'ai cru devoir le laisser encore en place. Le même pansement appliqué sur l'œil a été changé après deux jours. Cette fois-ci, le lambeau transplanté se détacha de lui-même avec les pièces de pansement ; il offrait une couleur noire comme du charbon, et un aspect corné ; les deux paupières étaient aussi désunies. Sous un pansement à l'iodoforme, la plaie résultant de l'expulsion du lambeau guérit dans l'espace de douze jours. Cependant, l'ectropion reparut consécutivement à la rétraction cicatricielle. Dans cet état, l'opéré quitta l'hôpital, mais il y revint quelques années après pour subir la même opération par la méthode de greffe cutanée de Thiersch.

L'insuccès complet observé dans les deux cas précédents a produit, il est vrai, sur moi une triste impression. Chez les deux malades, la gangrène du lambeau, cette redoutable complication, avait annulé tout le résultat attendu d'une opération pratiquée avec tant de soins et de précautions antiseptiques. Cependant, l'idée de restauration des paupières par greffe cutanée me paraissait tellement pratique, que malgré la malheureuse expérience que je venais de faire, je ne voulais pas renoncer à cette nouvelle méthode de blépharoplastie, avant d'avoir acquis une certitude absolue relativement à l'impossibilité de son application au traitement de l'ectropion cicatriciel.

Peu de temps après, j'eus connaissance de la méthode de greffe cutanée de Thiersch et de son heureuse application en chirurgie. Je conçus alors l'idée d'utiliser cette nouvelle méthode de greffe cutanée dans le traitement de l'ectropion cicatriciel. Néanmoins, pour être juste, je dois avouer sincèrement que cette idée ne me vint à l'esprit qu'après la lecture dans les *Archives d'ophtalmologie*, de l'intéressant article de Vialet (1) intitulé : « Un nouveau procédé de greffe cutanée en ophtalmologie. La méthode de Thiersch et ses indications en chirurgie oculaire. » Or j'ai le plaisir d'annoncer que, encouragé par le succès que j'ai obtenu dans un premier cas d'ectropion cicatriciel, opéré en 1889, j'ai pratiqué cette opération jusqu'aujourd'hui successivement dans quarante-deux cas d'ectropion cicatriciel, avec des résultats que je vais exposer. Mais, auparavant, qu'il me soit permis d'entrer dans quelques détails relatifs à la technique opératoire ainsi qu'au traitement post-opératoire.

Immédiatement avant l'opération, l'œil et son pourtour sont bien lavés d'abord à l'eau chaude et ensuite avec une solution antiseptique, le plus souvent avec la solution de sublimé corrosif au 1/5000. Je pratique alors, à l'aide d'un bistouri tranchant ayant préalablement séjourné dans une

(1) *Archives d'ophtalmologie*, 1889, p. 71.

solution de 2 p. 100 d'acide phénique, une longue et assez profonde incision parallèlement au bord ciliaire adhérent de la paupière ; je prolonge cette incision de chaque côté, de manière que sa longueur dépasse celle de la paupière. Je commence ensuite à libérer la paupière malade en détachant les adhérences par de petits coups de bistouri et en excisant les brides cicatricielles que je rencontre sur mon chemin, brides qui empêchent le redressement de la paupière. Ce débridement de la paupière malade doit être continué jusqu'à ce que la reposition de celle-ci puisse se produire facilement et sans qu'il existe nulle part le moindre tiraillement. Une fois ce résultat obtenu, je réunis les deux bords palpébraux à l'aide de 3 à 4 sutures de soie aseptique ; mais dans le cas où les deux paupières (supérieure et inférieure) sont atteintes d'ectropion, cette réunion n'étant pas possible, je passe les fils de suture seulement à travers le bord de la paupière opérée, et je forme alors de ces fils un faisceau que je fixe au front ou à la joue, suivant qu'il s'agit d'un ectropion de la paupière inférieure ou supérieure, en ayant soin de tirer d'avance les fils de suture dans le sens contraire à celui de l'ectropion. Par cette dernière manœuvre je cherche à bien tendre la paupière et à agrandir ainsi la surface de la plaie, conformément au conseil donné par Wiecherkievicz (1) dans son excellent travail relatif à la greffe cutanée secondaire ; avec cette différence toutefois que, lui, il passe les sutures seulement à travers la paupière sur laquelle il pratique l'opération; tandis que moi j'exerce cette traction, le plus souvent, après avoir réuni les deux paupières ensemble. Nous verrons plus loin que cette sorte d'agrandissement de la surface palpébrale produit par traction est d'une grande utilité pour le résultat opératoire définitif. Un autre avantage de cette traction, c'est de rendre bien visible quelques petites brides cicatricielles qui, sans cette précaution, pourraient passer inaperçues, et de nous permettre de les sectionner toutes.

Après avoir pratiqué d'une manière suffisante la libération et le débridement de la paupière ectropionnée, il est encore nécessaire de rendre la surface de la plaie aussi égale et aussi unie que possible, en excisant les tissus qui font saillie, de manière à permettre au lambeau qu'on doit greffer une coaptation parfaite. Enfin, pour rendre plus étendue la surface de la plaie, on peut pratiquer à la circonférence de celle-ci une dissection sous-cutanée de quelques millimètres de profondeur. Cela fait, je couvre la plaie d'une compresse pliée trois ou quatre fois et trempée dans une solution antiseptique, à travers laquelle un aide exercé avec la main une

(1) *Graefe's Archiv für Ophtalmologie.* 1886. Abtheilung IV, p. 189. Uber secundære stiellose Hauttransplantation und seine Verwerthung für Blepharoplastie.

certaine pression sur la paupière opérée, dans le but de favoriser l'hémostase.

Il ne reste alors qu'à enlever au rasoir un lambeau suffisamment grand pour pouvoir couvrir sinon la totalité, au moins la plus grande partie de la plaie palpébrale. Dans ce dernier cas, on y ajoute d'ordinaire un ou deux autres petits lambeaux. Mais avant de tailler le lambeau à transplanter, il faut que le bras auquel on l'emprunte dans l'immense majorité des cas, soit bien lavé d'abord à l'eau chaude savonneuse et ensuite avec une solution antiseptique, ou mieux encore avec de l'alcool absolu ; qu'il soit tenu en forte tension afin qu'on puisse sectionner facilement le lambeau qui, aussitôt excisé, doit être immédiatement appliqué sur la surface de la plaie. On aura alors soin de l'étaler attentivement et de mettre ses bords bien en contact avec ceux de la plaie.

Lorsque le lambeau cutané est ainsi soigneusement appliqué sur la plaie palpébrale, avec un pinceau chargé d'iodoforme finement pulvérisé, je saupoudre toute la paupière, j'applique par-dessus une compresse trempée dans une solution de 4 p. 100 d'acide borique, plusieurs couches de coton hydrophile et un bandage plus ou moins compressif. Dans cet état, le malade est transporté dans son lit où il doit garder pendant vingt-quatre heures une tranquillité aussi parfaite que possible, en ayant soin de ne pas déranger le bandage. Les jours suivants, l'opéré peut s'asseoir sur son lit et même se promener dans la chambre qu'il occupe. Le premier jour de l'opération, je ne permets que des aliments liquides, tandis que plus tard le malade peut prendre graduellement sa nourriture habituelle.

J'ai l'habitude de laisser le pansement sur l'œil opéré pendant une semaine ou tout au moins cinq-six jours, et de ne le changer qu'après ce laps de temps. Déjà, à cette époque, le lambeau greffé a, dans les cas heureux, contracté avec les tissus sous-jacents des adhérences plus ou moins fortes et présente souvent dans sa totalité une couleur rose ou rose pâle. Quelquefois il est aussi doué d'une sensibilité tactile dans toute son étendue ; d'autres fois cette sensibilité ne s'établit qu'après quinze, vingt et même trente jours. Un pansement identique réappliqué sur l'œil n'est renouvelé qu'après trois ou quatre jours. Souvent on observe alors un commencement d'exfoliation épithéliale se manifestant sur la surface de la paupière greffée. Rarement cette exfoliation épithéliale apparait plus tard. Ordinairement, elle devient visible vers le dixième ou douxième jour.

Dès que je constate l'exfoliation épithéliale du lambeau greffé, je cesse l'usage de la poudre d'iodoforme pour la remplacer par la vaseline boriquée ; à cet effet, j'applique sur la paupière opérée une compresse pré-

alablement trempée dans une solution de 4 p. 100 d'acide borique et enduite d'une couche épaisse de vaseline boriquée, par-dessus plusieurs couches de coton hydrophile et un bandage monocle. Ce pansement, que je renouvelle chaque jour, doit être continué pendant un mois et demi, quelquefois, suivant les cas, deux, trois et même quatre mois, jusqu'à ce que le lambeau transplanté acquière le même degré de souplesse que la peau avoisinante. Un autre avantage du pansement à la vaseline boriquée, c'est de faciliter l'expulsion de débris d'épithélium exfolié, lequel est bientôt remplacé par une nouvelle couche épithéliale.

J'attache une importance toute spéciale à la continuation prolongée du pansement à la vaseline boriquée, qui non seulement modifie d'une manière favorable l'aspect et la consistance du lambeau greffé, mais s'oppose encore, jusqu'à un certain point, à la réduction de sa surface par rétraction. C'est un fait que j'ai observé dans un grand nombre de cas opérés par moi. Une autre circonstance, bien importante au point de vue pratique, c'est que dès le moment où le lambeau transplanté offre le degré de souplesse voulu, on peut être sur et certain que le danger de diminution de surface par rétraction ultérieure est tout à fait écarté. Quant à l'application prolongée du bandage, elle a aussi son utilité, en ce sens qu'en maintenant la paupière dans sa position redressée, elle empêche le renversement de celle-ci jusqu'à la guérison définitive. La nécessité de maintenir l'œil opéré sous un bandage est d'autant plus grande, qu'il est rare que les deux paupières restent unies par les sutures plus de dix jours. Ordinairement, on trouve, au bout de ce laps de temps, les sutures détachées et les paupières désunies.

Maintenant que j'ai décrit le procédé opératoire ainsi que le traitement à suivre après l'opération, je désire analyser la question de plus prés et exposer ma manière de voir relativement aux circonstances qui peuvent avoir de l'influence sur le résultat opératoire. Ces circonstances sont les suivantes :

1° La paupière sur laquelle on pratique l'opération doit être largement débridée et bien tendue ensuite au moyen de fils de suture, de manière à lui donner une étendue comparativement supérieure à celle d'une paupière normale. On obtient ainsi une vaste plaie palpébrale, laquelle pourra être comblée par un lambeau cutané relativement plus grand. C'est une mesure de précaution importante qui a pour but d'obtenir, après un certain degré de raccourcissement par rétraction, une surface palpébrale suffisant à protéger régulièrement et facilement le globe oculaire.

2° Pour avoir une coaptation parfaite entre le lambeau greffé et la

plaie, il faut que la surface de celle-ci soit exempte d'inégalités ; car une coaptation défectueuse favorise la mortification du lambeau.

3º La section d'un bon lambeau d'une certaine étendue n'est pas une chose très facile. Il faut avoir de la pratique pour pouvoir enlever, au moyen d'un rasoir bien tranchant, un grand lambeau cutané conformément à la méthode de Thiersch. On doit, en outre, se garder de contusionner la peau pendant la section.

4º Il est vrai que le lambeau détaché par la méthode de Thiersch est doué d'une élasticité moindre que celui pris par la méthode Lefort-Wolf, néanmoins il possède toujours une certaine tendance à s'enrouler et à produire ainsi un recroquevillement de ses bords. Il est donc absolument nécessaire non seulement d'étaler bien le lambeau sur la surface de la plaie palpébrale, mais encore d'en redresser attentivement les bords à l'aide d'une spatule en écaille, et de les mettre soigneusement en contact avec les bords de la plaie. C'est là une précaution qu'on ne doit jamais négliger, sous peine d'avoir un insuccès.

5º Il est préférable que le lambeau cutané, pris à l'aide du rasoir, soit assez grand pour pouvoir couvrir toute la surface de la plaie palpébrale. Il faut avouer pourtant que cela n'est pas toujours possible, il arrive quelquefois que le lambeau détaché ne soit pas assez grand, on a alors besoin d'en exciser un second et même un troisième pour pouvoir combler toute la plaie ; mais je puis affirmer que le meilleur résultat opératoire est observé ordinairement dans les cas où l'on n'a eu besoin, pour la restauration palpébrale, que d'un seul et unique lambeau, et par cela même, nous agissons suivant un principe contraire à celui indiqué dans le procédé de greffe cutanée en mosaïque de de Wecker.

6º Il arrive quelquefois que, malgré une opération pratiquée d'une manière irréprochable, même quand tout le lambeau greffé a contracté des adhérences et que la paupière opérée a une étendue suffisant à la protection du globe oculaire, l'application de celle-ci à l'œil reste cependant défectueuse. On trouve dans ces cas un certain écartement entre la paupière et l'œil, en d'autres termes, une éversion palpébrale. Cet état, qu'on n'observe qu'exclusivement à la paupière inférieure, pourrait nous en imposer pour un commencement d'ectropion ; il n'en est rien pourtant. La cause de cette adaptation défectueuse de la paupière doit être cherchée plutôt dans la destruction d'une partie des fibres de l'orbiculaire, qui est, comme on le sait, le muscle par excellence pour maintenir la paupière dans sa position normale, et dont les contractions produisent l'occlusion palpébrale et favorisent la progression des larmes vers le canal lacrymal.

Pour remédier à cet inconvénient d'éversion de la paupière opérée,

il n'y a, à mon avis, qu'un seul moyen, c'est de pratiquer la tarsorrhaphie, qui ramène la paupière à sa position normale, et empêche toute éversion ultérieure.

7° Chez la plupart des opérés d'ectropion, mais surtout chez ceux qui ont eu à subir l'opération sur la paupière supérieure, on observe une diminution de la mobilité, un certain état de ptosis léger, par suite duquel l'œil parait plus petit et la fente palpébrale plus étroite du côté opéré comparativement au côté sain. Cette réduction de la mobilité doit avoir probablement pour cause l'inaction à laquelle est condamné le muscle releveur de la paupière supérieure, par le fait même du processus destructif qui a produit l'ectropion.

8° Une autre circonstance, qui a une très haute importance au point de vue pratique, c'est de connaître le degré de rétraction que peut subir ultérieurement le lambeau cutané transplanté. Nul doute que la rétraction doit produire une réduction de ses dimensions primitives, mais cette réduction a une limite qu'elle ne dépasse pas ordinairement. Lorsqu'un lambeau cutané a bien pris, il est excessivement rare de voir le travail de rétraction s'avancer à tel point que le lambeau greffé puisse perdre plus de la moitié de son étendue ; bien plus souvent, le travail de rétraction s'arrête après avoir réduit les dimensions du lambeau transplanté aux deux tiers ou tout au plus à la moitié.

Quel que soit le degré de la rétraction, celle-ci est toujours plus forte dans le sens de la hauteur que dans celui de la longueur. Un fait qui mérite d'être signalé, c'est que la rétraction est presque nulle dans le cours du premier septenaire après l'opération ; c'est dans la suite et surtout dans le cours du premier mois qu'elle devient manifeste ; plus tard, l'action réductrice de la rétraction s'exerce de plus en plus lentement, pour s'arrêter enfin d'une manière définitive dès que le lambeau greffé a acquis de la souplesse ; à partir de ce moment, on peut suspendre le traitement et laisser l'œil libre, sans la moindre crainte d'une rétraction ultérieure. Des mensurations nombreuses, pratiquées sur plusieurs malades à différentes reprises et à des intervalles éloignés, m'ont fourni l'occasion de m'assurer de l'exactitude de ce fait.

Il résulte de ce qui précède qu'il est toujours avantageux de débrider très largement la paupière ectropionnée, de créer ainsi une plaie à surface aussi étendue que possible et de transplanter sur cette plaie un lambeau cutané à dimensions proportionnées ; en agissant ainsi, on ne risquera pas d'avoir, après l'évolution du travail de rétraction, une paupière trop courte, ni l'inconvénient d'une occlusion palpébrale insuffisante.

Les considérations dans lesquelles je viens d'entrer sont le résultat de l'expérience acquise à la suite de 42 cas d'ectropion cicatriciel que j'ai eu l'occasion d'opérer, depuis l'an 1889 jusqu'au mois de mars de l'année courante (1897), par la greffe cutanée méthode de Thiersch.

Sur ces 42 cas, 26 (dont quinze appartiennent à la paupière supérieure et onze à la paupière inférieure) ont été opérés avec un résultat définitif parfait, en ce sens que non seulement le lambeau greffé a bien pris tout en devenant ensuite bien souple, grâce au traitement institué, mais encore la paupière opérée a présenté, après un certain degré de rétraction, une étendue suffisante à la protection régulière du globe oculaire.

Dans onze cas (dont deux à la paupière supérieure et neuf à la paupière inférieure) l'opération ne nous a donné qu'un résultat médiocre, c'est-à-dire pas tout à fait satisfaisant. Il ne serait pas, je pense, sans intérêt de donner quelques explications relativement aux circonstances qui ont contribué à la production de ce résultat imparfait ; il faut avouer d'abord qu'il ne nous a pas été toujours possible de tailler, au moyen du rasoir, un grand lambeau conformément à la méthode de Thiersch et suffisant à couvrir entièrement la plaie, de sorte qu'il nous a fallu en ajouter un ou deux autres. Or, comme il en a été fait mention précédemment, il est rare que dans ces conditions tous les lambeaux contractent à la fois des adhérences avec le tissu sous-jacent ; ordinairement, la mortification ou le détachement de l'un ou de quelques-uns de ces lambeaux greffés entraîne inévitablement à sa suite la formation d'une cicatrice, dont la rétraction modifie, d'une manière plus ou moins défavorable, le résultat attendu de l'opération. D'autres fois, quoique plus rarement, il arrive que, malgré la transplantation sur la plaie palpébrale d'un seul et unique lambeau, celui-ci n'adhère pas dans sa totalité au tissu sous-jacent et qu'une portion du lambeau greffé tombe en gangrène ; dans ces conditions on sera obligé naturellement d'exciser la partie mortifiée. Il est évident que dans ce dernier cas encore le résultat opératoire ne peut être qu'imparfait.

Pour obvier aux inconvénients qu'entraine à sa suite une opération à résultat imparfait, il n'y a qu'un seul moyen, c'est de réopérer le malade et de transplanter sur la paupière un nouveau lambeau taillé convenablement. J'ai eu une seule fois l'occasion d'agir ainsi chez un malade dont les quatre paupières étaient ectropionnées à la suite d'une brûlure de la face, et que j'ai opérées successivement. Chez ce malade, dont je citerai plus tard l'observation, l'opération consécutive m'a donné, à ma

grande satisfaction, un très bon résultat, et par cela même le nombre des succès a pu être porté de vingt-six à vingt-sept.

Dans cinq cas d'ectropion cicatriciel, soumis à la même opération, le résultat opératoire fut nul, soit par mortification, soit par suite de détachement du lambeau greffé. Dans ce dernier cas, la séparation eut lieu la plupart du temps dans le premier septénaire et au moment de lever le pansement.

Relativement aux dimensions des lambeaux cutanés greffés, je dois dire qu'elles ont été différentes suivant les cas et proportionnées toujours, à l'étendue de la surface à couvrir. Cependant, à chaque lambeau nous avons toujours donné une longueur supérieure relativement à la hauteur, le minimum de longueur des lambeaux transplantés n'a jamais été inférieur à trois centimètres, quelquefois elle a été de quatre et même de quatre centimètres et demi. Quant à la hauteur du lambeau cutané greffé, que celui-ci fût unique ou multiple, elle n'a jamais été moindre de un centimètre ; ordinairement, le lambeau emprunté présentait une hauteur d'un et demi, de deux et même de deux centimètres et demi. Bref, nous avons cherché, dans tous les cas d'ectropion cicatriciel que nous avons eus à opérer, à donner au lambeau cutané une étendue d'autant plus grande que la destruction du tégument palpébral était plus prononcée ; c'est en agissant ainsi qu'il nous a été possible de procurer très souvent, et après la rétraction réglementaire et la réduction consécutive des dimensions du lambeau cutané transplanté, une surface palpébrale suffisant à la protection oculaire.

Pour compléter ce travail, il me faut encore mentionner la tentative que nous avons faite dernièrement et qui est relative à la greffe secondaire, c'est-à-dire à la greffe cutanée, toujours par la méthode de Thiersch, à laquelle nous avons eu recours dans un cas opéré récemment, où le lambeau greffé se détacha complètement lors du premier pansement après l'opération. Dans ce cas, après avoir soumis la plaie pendant quelques jours à un pansement au sublimé corrosif, solution 1/5000, nous avons appliqué sur la surface bourgeonnante de la paupière malade un nouveau lambeau cutané emprunté au bras gauche, lequel non seulement a contracté des adhérences avec le tissu sous-jacent, mais encore nous donnera, comme je l'espère, un résultat opératoire assez satisfaisant.

Voici, maintenant, les observations de quelques-uns des cas opérés par moi:

Obs. I. — Jeune homme âgé de 20 ans, d'une excellente constitution et sans aucun antécédent héréditaire ou acquis, se présente le 15 octobre

1887, avec une pustule maligne siégeant à la paupière inférieure gauche. Le malade fut traité conformément aux règles de la chirurgie, et lorsque, le 18 du même mois, le regretté professeur Trélat, de la Faculté de médecine de Paris, vint visiter notre hôpital, profitant de l'occasion, je m'empressai de lui présenter ce malade pour prendre son avis relativement au meilleur traitement à instituer dans ce cas, en vue de prévenir l'ectropion, qui devait être le corollaire immédiat et inévitable de la cicatrisation. L'éminent professeur, tout en confirmant mon diagnostic et en approuvant aussi le traitement, me conseilla de transplanter sur la surface bourgeonnante de petits lambeaux cutanés. Cependant, il nous fut absolument impossible de suivre le sage conseil du célèbre chirurgien français, par la raison que le malade fut obligé de quitter l'hôpital quelques jours après pour rentrer dans son pays, où une affaire importante l'appelait ; ce n'est qu'après un intervalle de plus d'un an et demi qu'en revenant de son pays, il vint, le 10 juin 1889, réclamer nos soins pour la restauration de la paupière inférieure gauche complètement ectropionnée et dont le bord ciliaire était tout à fait adhérent à la joue. La paupière ainsi renversée formait, en quelque sorte, un triangle à angle obtus, ayant son sommet dirigé en bas ; la conjonctive palpébrale ainsi que le cul-de-sac conjonctival et la partie inférieure de la conjonctive bulbaire étaient rouges et présentaient un certain degré d'infiltration ; peu de sécrétion conjonctivale.

Le patient fut opéré le 12 juin 1889 sous chloroforme ; je pratiquai d'abord une longue incision parallèlement au bord palpébral adhérent et à une petite distance de celui-ci, je procédai ensuite à la libération de la paupière, conformément aux prescriptions déjà indiquées de manière à pouvoir obtenir facilement la reposition de la paupière malade ; je réunis alors la paupière supérieure avec l'inférieure au moyen de trois points de suture dont les fils, réunis en faisceau, furent fixés au front. La plaie, mesurée immédiatement après, avait 23 millimètres de hauteur et 39 millimètres de longueur. Nous la couvrîmes alors d'une compresse trempée dans une solution de 1/5000 de sublimé corrosif, à travers laquelle l'un de nos aides exerça une douce pression sur la paupière, pendant tout le temps que nous fûmes occupé de la section du lambeau cutané à transplanter, que nous prîmes, à l'aide d'un rasoir bien tranchant, au bras gauche.

Le lambeau cutané détaché fut immédiatement appliqué sur la plaie, qu'il ne put couvrir en entier, de sorte qu'il nous fallut en exciser encore un autre.

Toute la surface de la plaie palpébrale étant ainsi greffée, la paupière

fut saupoudrée d'iodoforme finement pulvérisé et couverte d'une rondelle de gaze trempée dans la solution d'acide borique à 4 p. 100, de coton hydrophile et d'un bandage monocle plus ou moins compressif. Les jours suivants, rien de particulier à noter ; l'opéré se porte à merveille et mange avec appétit. Le sixième jour, le bandage étant relâché, je crus devoir le renouveler. Or, en enlevant le bandage et les autres pièces de pansement, je trouvai le lambeau suffisamment adhérent partout, excepté vers le côté nasal, où une petite portion du lambeau transplanté n'avait pas encore contracté des adhérences et présentait une coloration blanche, tandis que le reste du lambeau avait une couleur rose pâle. La sensibilité tactile n'existait encore nulle part. Un pansement identique et un bandage monocle furent appliqués sur la paupière.

Le neuvième jour, en changeant le pansement, nous constatons le même état ; une petite portion du lambeau, située en dedans, parait tout à fait macérée, j'excise cette portion altérée au moyen de ciseaux fins, et j'applique sur l'œil le même pansement ainsi qu'un bandage. Le douzième jour, le lambeau greffé est déjà sensible au toucher, mais il est en même temps le siège d'un commencement d'exfoliation épithéliale et les deux paupières sont désunies ; j'enlève les sutures, qui ne tiennent plus qu'à l'une des deux paupières, et j'applique sur l'œil opéré une compresse enduite d'une couche épaisse de vaseline boriquée à 10 p. 100, recouverte à son tour de coton hydrophile et d'un bandage.

Le pansement à la vaseline boriquée, renouvelé chaque jour, fut continué pendant plus de deux mois et demi, jusqu'à ce que le lambeau transplanté eut acquis le degré de souplesse voulue. Pendant ce temps, une sensible réduction a été observée dans les dimensions du lambeau greffé, dont la hauteur ne mesurait plus que 12 millimètres, tandis que la longueur n'était que de 19 millimètres ; l'application de la paupière sur le globe oculaire était défectueuse, puisqu'il existait un certain écartement entre la paupière et l'œil. Mais cet inconvénient fut vite corrigé par une tarsorrhaphie, qui rendit le résultat opératoire parfait, à tel point que la paupière opérée ne différait de celle du côté sain que par la couleur blanchâtre du lambeau greffé et par une mobilité relativement moindre. Le séjour de ce malade à l'hôpital fut en tout de 145 jours. Je dois signaler en outre qu'à partir du jour où se manifesta la souplesse du lambeau transplanté, il n'y a plus eu de réduction par rétraction des dimensions de ce dernier. C'est ce qui ressort des mensurations répétées pratiquées sur la paupière opérée.

Obs. 2. — Homme, âgé de 54 ans, d'une constitution médiocre, exempt de toute tare héréditaire ou acquise, entre à l'hôpital le 5 décembre 1889,

atteint à la paupière supérieure gauche d'ectropion cicatriciel consécutif, au dire du patient, à un érysipèle phlegmoneux de la face dont il a souffert sept ans avant. La paupière supérieure gauche est tout à fait renversée et son bord ciliaire est adhérent à la région sourcilière ; la conjonctive palpébrale est rouge, hypertrophiée, et son épithélium offre dans la proximité du bord ciliaire l'aspect de l'épiderme ; la paupière malade, quoique adhérente à la région sourcilière, ne l'est pas pourtant au rebord orbitaire, ce qui donne à la paupière ectropionnée un certain degré de mobilité, en vertu de laquelle l'œil peut être protégé, jusqu'à un certain point, pendant le mouvement d'occlusion palpébrale.

Le malade ayant préalablement reçu les soins de propreté et d'antisepsie, fut opéré sous chloroforme, le 9 décembre 1889. La paupière ectropionnée, régulièrement libérée et débarrassée des brides cicatricielles, fut ramenée à sa position normale et réunie à la paupière inférieure gauche par trois points de suture, dont les fils, réunis en faisceau, ont été fixés à la joue. Il nous a été possible cette fois-ci d'enlever du bras gauche un lambeau cutané dont les dimensions dépassaient celles de la plaie à couvrir, laquelle mesurait 25 millimètres suivant la hauteur et 40 millimètres dans le sens de la longueur. Ce lambeau ayant été immédiatement transplanté sur la plaie et bien étalé sur la surface palpébrale, nous en avons soigneusement excisé l'excédent à l'aide d'une paire de ciseaux fins. Ceci fait, il était facile de voir que le lambeau cutané avait été régulièrement appliqué et que ses bords étaient bien en contact avec ceux de la plaie palpébrale. Il ne restait plus qu'à couvrir l'œil opéré d'un pansement identique à celui indiqué dans l'observation précédente.

Les jours suivants, l'état de l'opéré était tellement satisfaisant et le bandage restait si bien appliqué sur l'œil, que je ne crus pas devoir changer le pansement avant le huitième jour de l'opération. Ce jour-là, à l'ouverture du pansement, je trouvai le lambeau transplanté bien adhérent ; il offrait, en outre, une coloration qui différait peu de celle de la peau environnante, la sensibilité pouvait être constatée dans toute l'étendue du lambeau greffé. Pansement identique. Le onzième jour, la paupière opérée présentait le même aspect, sauf un certain degré de desquamation épithéliale, dont la surface du lambeau transplanté était le siège ; en même temps, les deux paupières étaient aussi désunies, ce qui nous obligea d'enlever les fils de suture. A partir de ce jour, pansement à la vaseline boriquée, dont l'usage fut continué pendant 70 jours.

Sous l'influence de ce traitement, l'exfoliation de l'épithélium desquamé fut suivie de la régénération d'un épithélium de nouvelle formation et le lambeau acquit une souplesse bien prononcée. A cette époque, la

mensuration du lambeau transplanté offrait les dimensions suivantes : 15 millimètres de hauteur et 28 millimètres de longueur, la mobilité de la paupière opérée était cependant amoindrie, en comparaison de celle du côté sain, et la fente palpébrale était aussi plus étroite. Trois semaines plus tard, l'opéré sortit de l'hôpital fort content du résultat obtenu. Le rencontrant, par hasard, plus d'une année après, je pus, à ma grande satisfaction, constater qu'il n'y avait rien de changé dans l'état de notre ancien opéré ; le lambeau greffé, tout en étant bien souple, n'avait subi aucun changement dans ses dimensions et l'ouverture ainsi que l'occlusion palpébrale se faisaient aussi très facilement.

Obs. 3. — Jeune fille, âgée de 10 ans, d'une constitution chétive, éminemment scrofuleuse, ayant des cicatrices vicieuses au cou et sous la mâchoire inférieure, suite d'abcès glandulaires, entre dans notre service atteinte d'ectropion cicatriciel de la paupière inférieure droite, occasionné par carie osseuse du rebord orbitaire du même côté, et de leucome adhérent de la cornée droite. Par suite de cet ectropion, la paupière était non seulement renversée, mais encore tirée en bas et en dehors et son bord ciliaire adhérait fortement au rebord orbitaire.

L'opération fut pratiquée le 15 mars 1890, sous le chloroforme. Le débridement de la paupière fut assez difficile, puisqu'il y avait, outre les adhérences entre le rebord orbitaire et le bord palpébral, aussi des brides cicatricielles qui se prolongeaient dans l'intérieur de l'orbite et empêchaient le redressement de la paupière.

Malgré cela,il nous a été possible de libérer largement la paupière. Dans cet état et, après avoir réuni la paupière malade avec la paupière supérieure, la plaie mesurait 20 millimètres suivant la hauteur et 32 millimètres dans le sens de la longueur. Cette plaie fut comblée par trois lambeaux cutanés détachés du bras droit. Nous appliquâmes alors, pardessus la paupière transplantée, le pansement usuel et un bandage que nous avons dû changer le quatrième jour de l'opération, parce qu'il était souillé par les sécrétions de l'œil. En enlevant les pièces de pansement, nous trouvâmes les lambeaux greffés tout à fait macérés et d'une couleur sale. En présence de cet état défavorable, nous avons procédé immédiatement à l'ablation des lambeaux altérés. La plaie, soigneusement nettoyée, se cicatrisa en quinze jours sous un pansement antiseptique ; mais le résultat opératoire fut nul et l'ectropion ne tarda pas à se reproduire. Dans cet état, et sur la demande de ses parents, la jeune malade quitta l'hôpital.

Obs. 4. — Jeune homme,âgé de 22 ans, d'une bonne constitution et

sans aucun antécédent héréditaire ou acquis, se présente, le 2 septembre 1890, avec un ectropion cicatriciel de la paupière supérieure droite, consécutif, au dire du patient, à un érysipèle phlegmoneux, dont il aurait souffert trois ans auparavant. La paupière malade est complètement renversée, le bord ciliaire est adhérent à la région sourcilière, sans l'être pourtant au rebord orbitaire; la conjonctive palpébrale est considérablement hypertrophiée et elle offre un aspect tomenteux; dans les mouvements d'occlusion, l'œil droit ne peut qu'imparfaitement être protégé par la paupière ectropionnée; la sécrétion conjonctivale est assez abondante.

Après avoir donné au malade, pendant une quinzaine de jours, des soins palliatifs, nous l'avons opéré le 18 septembre 1890, sans chloroformisation, conformément à son désir. La plaie créée par cette opération avait 23 millimètres de hauteur sur 40 millimètres de longueur. Un seul et unique lambeau, emprunté au bras droit, fut transplanté sur la plaie et nous couvrimes ensuite l'œil d'un pansement analogue aux précédents.

Les jours suivants, l'état du malade ne présente rien de particulier. Le septième jour de l'opération, en changeant pour la première fois le pansement, je trouve la paupière opérée dans un état très satisfaisant; le lambeau greffé, déjà bien adhérent, présente une couleur rosée et il est doué de sensibilité tactile dans toute son étendue, enfin les deux paupières restent encore bien réunies. Je recouvre donc l'œil opéré par un pansement identique. Cependant deux jours après, à mon arrivée à la clinique, je trouve le bandage tout à fait dérangé, ce qui m'oblige à le changer immédiatement. Or, en enlevant le bandage et les autres pièces de pansement, je constate à mon grand regret, non seulement la désunion complète des deux paupières, mais encore le renversement de la paupière supérieure droite opérée.

Cet accident était, sans aucun doute, la conséquence de l'imprudence du malade, mais il fallait néanmoins y remédier. En présence de tentative infructueuse de redressement, je pris la résolution de redresser la paupière et de la maintenir dans sa position normale au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un bandage compressif. Heureusement le lambeau transplanté avait déjà contracté des adhérences tellement solides avec les parties sous-jacentes, qu'il n'a subi pendant cet accident aucun déplacement. Une surveillance sévère de l'opéré et le bandage compressif maintenu pendant cinq jours sans être renouvelé, ont suffi à faire disparaître la tendance de la paupière à se renverser. A cette époque, le lambeau greffé étant déjà le siège d'une exfoliation épithéliale, nous avons institué le pansement à la vaseline boriquée, pansement quotidien qui

fut continué pendant plus de trois mois jusqu'au jour où le lambeau greffé, ayant acquis de la souplesse et tout pansement étant désormais inutile, l'œil fut laissé libre.

Arrivé à ce résultat, nous avons voulu, dans un but d'observation, garder le malade encore cinq semaines à l'hôpital. Le jour de sa sortie, la position de la paupière est bien satisfaisante, la fente palpébrale est un peu plus étroite, et la motilité de la paupière plus faible comparativement à celle du côté sain, l'occlusion palpébrale se fait pourtant facilement. Le lambeau transplanté, mesuré ce jour-là, avait 12 millimètres de hauteur sur 30 millimètres de longueur. Il est,en outre, à remarquer que ce lambeau n'a subi ultérieurement aucun changement dans ses dimensions (1).

Obs. 5. — Le malade qui fait le sujet de cette observation est la même personne qui fut opérée, il y a quelques années, d'un ectropion cicatriciel de la paupière supérieure gauche par la méthode Lefort-Wolf avec un résultat négatif, et dont j'ai publié précédemment l'observation. L'opération fut pratiquée sous le chloroforme le 10 février 1891. Après avoir suffisamment débridé la paupière ectropionnée, nous avons pu facilement obtenir la reposition de celle-ci, réunissant alors le bord palpébral avec celui de la paupière inférieure au moyen de trois points de suture, nous avions devant nous une plaie palpébrale de 20 millimètres de hauteur et de 38 millimètres de longueur, que nous couvrîmes de deux lambeaux cutanés, empruntés au bras gauche et d'un pansement identique aux précédents.

Les jours suivants rien de particulier à signaler. Le sixième jour après l'opération, en changeant pour la première fois le pansement, nous trouvons le lambeau greffé bien adhérent, mais offrant partout une couleur foncée, presque ecchymotique, la sensibilité tactile n'existe nulle part. Cet état ne subit aucun changement jusqu'au douzième jour de l'opération ; ce n'est qu'avec le commencement de l'exfoliation épithéliale que la couleur du lambeau s'éclaircit peu à peu pour devenir normale le vingt-septième jour, époque à laquelle la sensibilité tactile pouvait aussi être constatée.

---

(1) L'opéré, de retour de son pays et désireux de m'exprimer encore une fois ses chaleureux remercîments, vint me trouver à la clinique le 19 mai dernier. Je constatai alors avec plaisir, que non seulement le lambeau greffé offrait les mêmes dimensions que le jour de l'exeat, mais encore que les mouvements palpébraux s'exécutaient plus facilement et que la fente palpébrale était aussi plus élargie que par le passé.

En raison de l'intérêt tout spécial de ce cas au point de vue du résultat éloigné de l'opération, j'ai présenté l'opéré à la Société Impériale de médecine dans la séance du 4 juin 1897, et le succès parfait et durable a été constaté par tous les membres préssen.

Dans ce cas, le pansement à la vaseline boriquée a dû être continué pendant 85 jours consécutifs, afin que le lambeau puisse acquérir le degré voulu de souplesse. Ce but une fois atteint, l'opéré resta une semaine à l'hôpital sans aucun traitement et il quitta l'établissement fort content du résultat opératoire. Le jour de sa sortie, le lambeau transplanté présentait 11 millimètres de hauteur et 26 millimètres de longueur ; motilité palpébrale moins étendue, comme aussi fente palpébrale moins large qu'à l'état normal.

Obs. 6.—Homme, âgé de 48 ans, d'une constitution médiocre, ayant eu très probablement des antécédents syphilitiques, qu'il nie pourtant catégoriquement, néanmoins on constate chez lui, à part des taches foncées sur les bras et les jambes, une cicatrice sur la verge et de l'engorgement ganglionnaire. Cet homme, atteint d'ectropion cicatriciel de la paupière inférieure droite par suite de carie osseuse du rebord orbitaire, est venu réclamer nos soins le 20 Juin 1891. La paupière malade est renversée et le bord ciliaire, tiré en bas et en dehors, est fortement adhérent au rebord orbitaire.

(*à suivre*) Dr D. ADJÉMIAN.



REVUE DES JOURNAUX.

Action de l'alcool sur l'iodure mercureux. (Académie des Sciences de Paris; note de M. François).—L'alcool bouillant décompose l'iodure mercureux. La décomposition s'arrête lorsque 100 grammes de liquide contiennent en chiffre rond 0 gr. 220 d'iodure mercurique en solution. Cette action est reversible, et l'action inverse s'arrête à la même limite. Il résulte de ces faits que: 1° 1000 gr. d'alcool à 95° bouillant décomposent environ 3 gr. 15 d'iode mercureux; 2° que l'alcool employé au lavage de l'iodure mercureux l'enrichit constamment en mercure et sortira indéfiniment chargé d'iodure mercurique; 3° que la séparation quantitative des iodures mercureux et mercuriques n'existe pas.

(*Bul. de la Soc. Roy. de Ph. de Brux.*)

⁂

Essai de l'ergot, par H. Beckurts. — L'auteur a déterminé la proportion d'alcaloïdes que l'on rencontre dans diverses espèces d'ergot. On élimine l'huile que contient la drogue au moyen d'éther de pétrole qui ne touche pas aux alcaloïdes; cela fait, on la dessèche et on la pulvérise, puis on l'agite avec de l'éther (100 gr.) et de la magnésie (1 gr.) préalablement délayée dans l'eau (20 c.c.). On agite à plusieurs reprises 60 gr. de la solution éthérée avec de l'eau aiguisée par l'acide chlorhydrique (5 p.c.) qui enlève tout l'alcaloïde. On décante cette solution aqueuse et on l'agite avec de l'éther ammoniacal, qui s'empare de l'alcaloïde devenu libre. Par l'évaporation de l'éther, on obtient un résidu cristallisé, blanc jaunâtre. Le seigle ergoté de Russie et celui d'Autriche sont les plus riches en matières actives (0 gr. 20 p.c.). Les échantillons provenant d'Allemagne contiennent 0 gr. 15; ceux d'Espagne 0 gr. 14. L'action de la chaleur cause une diminution sensible dans le pourcentage des alcaloïdes.

(*Zeitschrift des Allg. Ost. Vereines.*)

⁂

Empoisonnement par les Champignons. — Les champignons vénéneux viennent encore de faire deux victimes parmi les religieuses de l'hôpital d'Harfleur, appartenant à la communauté de la Compassion. La sœur Radegonde, attachée à l'hôpital communal, était allée cueillir des champignons. En rentrant à l'hôpital communal, on fit cuire sans défiance sa cueillette. Trois religieuses en mangèrent, la supérieure, âgée de cinquante-huit ans : la sœur Radegonde, âgée de trente-cinq ans et sœur Sainte-Hippolyte. Dans la soirée, elles se sentirent malades ; leurs souffrances augmentant dans la nuit, on fit appeler deux médecins qui, malgré les soins les plus empressés, ne purent combattre efficacement les effets du poison. Les deux religieuses Agnès et Radegonde ont succombé. L'état de la troisième, sœur Sainte-Hippolyte, a été très grave.

⁂

Jalousie et Tuberculose. — M. le Dr Gilbert rapporte un fait qui montre jusqu'à quel point l'aberration humaine peut aller chez un moribond, et d'un autre côté pour la femme d'un phtisique, une des mille manières, la plus rare sans doute, de devenir tuberculeuse. Un médecin du Midi, jeune encore, atteint d'une tuberculose pulmonaire à évolution rapide, avait demandé plusieurs fois à sa femme de ne pas le laisser partir seul et de mourir avec lui. Un jour, c'était le dernier de sa vie, il se fit servir une coupe de champagne, en but une gorgée, puis cracha dedans deux ou trois fois. Alors il offrit à sa femme et lui demanda comme preuve d'amour de boire cet affreux mélange. Elle hésita un instant, ferma les yeux, prit la coupe et la vida d'un trait ; quelques instants plus tard le moribond, tranquillisé, s'endormit pour toujours. La malheureuse victime, prise bientôt d'une fièvre intense, ne tarda pas à s'aliter et à présenter du côté de l'abdomen des symptômes inquiétants, et bientôt tous les symptômes d'une phtisie en voie d'évolution. Est-elle morte victime de son héroïsme ? C'est fort probable, car M. Gilbert n'a plus eu de ses nouvelles. Elle est allée rejoindre celui qui lui avait arraché en mourant sa santé et sa vie !!

⁂

Un cas de grossesse prolongée. — Un collaborateur d'*Australasian medical Gazette* fait connaître un cas observé par lui, où la grossesse semble avoir eu une durée exceptionnelle de 311 jours, c'est-à-dire de plus de dix mois. Les premiers mouvements du fœtus ont été ressentis fin de septembre 1895 et l'accouchement a eu lieu le 20 mai 1896, 227 jours après. Si ces mouvements se sont produits à la fin du troisième mois, la grossesse a bien été de dix mois. Mais ont-ils pu se produire plus tôt ; d'autre part, rien n'est dit au sujet de la dernière menstruation.

(*Revue Scientifique*).

L'ACIDE GALLIQUE

DANS LES HÉMOPTYSIES DES TUBERCULEUX.

L'acide gallique que l'on néglige peut-être un peu trop, rend de réels services dans le traitement des hémoptysies des tuberculeux. Barth (*Traité de la Tub.*), Grasset (*Consultations médicales*), Roux (*Formulaire*), etc., n'en font nullement mention. Capitan, dans un récent article de la *Médecine moderne* (26 août 1896), ne fait que le signaler, Lemoine (*Thér. clinique*) le considère comme inférieur à l'ergotine. Cependant, il est parfois très utile, et son emploi nous a donné des résultats très satisfaisants.

Employé déjà dans les hémoptysies par Gardner, qui en donnait 4 à 6 grammes, par Waters et Holders qui l'employaient à très hautes doses, il se présente sous forme d'aiguilles incolores, longues, soyeuses, inodores, de saveur astringente et acidule, solubles dans 100 parties d'eau froide, et très solubles dans l'alcool. Ses incompatibilités sont les sels de fer, les alcalis, l'émétique.

Administré à dose toxique, il détermine, d'après Schroff, de la respiration abdominale, rare, très pénible, de l'irrégularité des battements du cœur et des artères. C'est un vaso-constricteur qui agirait également sur les vaisseaux rénaux, ce qui explique le fait que Rambuteau en conseillait l'emploi dans la polyurie.

Les doses employées dans l'hémoptysie varient de 30 centigrammes à 1 gramme ; il peut se donner en poudre, en pilules, en potion. Gubler conseillait de ne pas dépasser 1 gramme, et formulait ainsi :

Acide gallique.	0,30 à 1 gramme.
Infusion d'écorce d'oranges . .	100 —

A prendre dans la journée.

Il le considérait comme plus stable et mieux supporté par les voies digestives que le tannin. Il faisait d'ailleurs partie de son oxymel diurétique, ce qui semble être en contradiction avec les propriétés anuriques, qu'on attribue à ce médicament.

Les doses conseillées par Gubler peuvent sans inconvénient être dépassées, et M. Marfan fixe comme doses de 1 à 2 grammes dans les hémoptysies apyrétiques légères.

Des faits, que nous avons pu observer, il résulte que l'acide gallique employé seul est d'une utilité incontestable dans les hémoptysies légères

à répétition, et qu'il peut être longtemps employé sans nul inconvénient. On pourra ainsi formuler :

Acide gallique. . . . . 0 gr. 10 centigr.

Pour une pilule. Trois à cinq par jour selon les indications.

Ou bien employer la forme de Gubler.

Si l'hémoptysie n'est que peu abondante, on pourra l'associer avec avantage à l'ergotine, et formuler ainsi :

Acide gallique. . . . . 2 grammes.
Ergotine. . . . . , ... 1 —

Pour 20 pilules. Cinq par jour en moyenne.

Ou bien employer la formule de Capitan.

Ergotine Bonjean. . . . . . . 2 grammes.
Acide gallique. . . . . 0 gr. 50 centigr.
Sirop de térébenthine. . . .120 grammes.

Une cuillerée à bouche d'heure en heure.

Associée à différents autres médicaments antihémoptoïdes, l'acide gallique peut être employé dans les hémoptysies graves, résultant de la rupture d'un anévrysme de Rasmussen, et c'est ainsi que nous avons vu cesser des hémoptysies, alors que les malades avaient expectoré une grande quantité de sang, en donnant les pilules suivantes :

Acide gallique. . . . . . 0 gr. 10 centigr.
Ergotine . . . .
Poudre d'ipéca. . . . . . . } *àà* 0 gr. 05 —
Poudre de digitale. . . . 0 gr. 01 —

Pour une pilule. Cinq ou six par jour, ou même plus si c'était nécessaire.

On peut faire diverses autres associations utiles avec l'acide gallique, et nous avons obtenu de bons résultats de la formule suivante, que nous n'avons, il est vrai, employé que dans les hémoptysies légères, celles où les malades ne remplissent qu'un quart ou un demi-crachoir de sang pendant la journée :

Acide gallique. . . . . . . 0 gr. 10 centigr.
Sulfate de quinine. . . .
Ergotine. . . . . , ... } *àà* 0 gr. 05 —
Extrait d'opium. . . . . . 0 gr. 01 —

Pour une pilule. Cinq par jour.

(*Journal des Praticiens.*)



FORMULES

Mixture contre la diarrhée infantile. — (M. J.-E. THOMPSON).

Créosote de hêtre. . . .	II à IV gouttes.
Oxyde de zinc	5 grammes.
Mucilage de gomme arabique	60 —

Mêlez. — A faire prendre à l'enfant par cuillerées à café, jusqu'à cessation de la diarrhée.

Agiter le mélange avant de s'en servir.

Mixture contre l'érysipèle de la face. (M. J. HAYS.)

Acide phénique. . . .	} *àà* 2 grammes.
Teinture d'iode	
Alcool	
Essence de térébenthine .	4 —
Glycérine	6 —

Mêlez. — Usage externe.

Toutes les deux heures, on badigeonne avec ce liquide le placard érysipélateux, ainsi qu'une petite zone de la peau saine environnante, puis on recouvre de tarlatane aseptique. L'emploi de cette mixture donnerait des résultats supérieurs à ceux que fournissent les autres moyens employés jusqu'ici pour le traitement local de l'érysipèle.

Potion contre la toux des phtisiques. — (M. ROLLAND.)

Bromoforme.	XXX gouttes.
Alcool.	10 grammes.
Sirop d'ipécacuanha composé	} *àà* 100 —
Sirop thébaïque	
Sirop de laurier-cerise . .	

Mêlez dans l'ordre ci-dessus indiqué pour obtenir un liquide clair.— A prendre : trois ou quatre cuillerées à bouche par jour, entre les repas.

Traitement du zona. (M. A. OHMANN-DUMENSIL.)

Acide arsénieux.	0 gr. 003 milligr.
Poivre noir pulvérisé . . .	0 — 15 centigr.
Extrait de gentiane. . . .	Q. S.

Mêlez. Pour une pilule. Faites trente pilules semblables.—A prendre: trois pilules par jour, après les repas.

En outre, les parties atteintes seront recouvertes deux fois par jour, d'une couche d'ouate aseptique saupoudrée du mélange dont voici la formule :

Camphre pulvérisé. . . .	8	grammes.
Sous-nitrate de bismuth . ..	16	—
Craie préparée	30	—

Mêlez. — Usage externe.

Solution pour le traitement hypodermique de la tuberculose. — (M. V. Gilbert).

Créosote de hêtre.	25	grammes.
Camphre	15	—
Aristol	10	—
Eucalyptol	30	—

Huile de pied de bœuf stérilisée . . . Q. S. pour obtenir 250 c.c. de solution.

F. S. A. — Pour injections sous-cutanées.

Chaque centimètre cube de ce mélange contient 0 gr. 10 centigr. de créosote.

Pommade contre les pustules acnéiques volumineuses.
(MM. von Hebra et Ullmann.)

Sous-nitrate de bismuth . .	*àà* 2 grammes.
Précipité blanc	
Ichtyol.	
Vaseline	20 —

Mêlez. — Usage externe.

Une couche de cette pommade est appliquée le soir sur les boutons d'acné les plus volumineux.

(*Semaine Médicale*).

صنعته تطبيقاً ياپيكز ، تحت الجلد شرينغه ايچوندر .
بومخلوطك هر سانتيمترو مكعبى ۰,۱۰ سانتيغرام قره‌ئوزوتى حاويدر .

محجم حب البلوغ بثراتيچون مرهم

تحت آزوتيت بيزموت رسوب ابيض ايكيتول	بهرندن	٢	غرام
وازه‌لين		٢٠	غرام

قارشديريكز . خارجاً استعمال ايديله‌جكدر .
اشبو مرهمدن بر مقدار كيجه ياتيركن الك حجملى اولان حب البلوغلر اوزرينه سورلمليدر .

مسلولينك اوكسوروكه قارشو جرعه (روللان)

بروموفورم	٣٠	طمله
كئول	١٠	غرام
مركب عرق ذهب شروبى، آفيون شروبى، طفلان شروبى	بهرندن ١٠٠	غرام

براق برمايع استحصال ايتمكچون يروجه بالا محرز حره قارشديريكز . طعام آره‌لرنده بوتدن يوميه اوچ درت چوربا قاشيغى استعمال اولنه .

زنارك تداويسى (اوهمان دومه‌نيل)

حامض آرسنيق	٠,٠٠٣	ميليغرام
سياه بوبو طوزى	٠, ١٥	سانتيغرام
جانطيان خلاصه‌سى		مقدار كافى

قارشديريكز ، بر حب ايچوندر . بوكا مماثل اوتوز حب اعمال ايديكز . بونلردن بعدالطعام يوميه اوچ عدد اخذ اولنه .

بوندن ماعدا اقسام معروفه بروجه آتى ترتيبى محرر طوزى حاوى معقم پاموق ايله كونده ايكى دفعه ستر ايدلمليدر .

كافورى طوزى	٨	غرام
تحت آزوتيت بيزموت	١٦	غرام
مستحضر تباشير	٣٠	غرام

قارشديريكز ، خارجاً استعمال ايديله‌جكدر .

ادران الرئه تحت الجلد تداويسيچون محلول (ژيلبر)

قره‌ئوزوت	٢٥	غرام
كافورى	١٥	غرام
آريستول	١٠	غرام
اوقاليپتول	٣٠	غرام
معقم صغر اياغى ياغى	٢٥٠	سانتيمترو مكعب مايع استحصال ايدلمكچون مقدار كافى

حامض عفص	٠,٠١	سانتیغرام
کبریتیت کنین / ارغوتین	٠,٠٥	سانتیغرام
خلاصهٔ آفیون	٠,٠١	سانتیغرام

بر حب ایچون . یومیه ٥ عدد ،

رچته‌لر

اسهال اطفال ایچون ترتیب — (طومسون)

قره‌ئوزون	٢–٤	طمله
حامض توتیا	٥	غرام
ضمغ عربی مستحلبی	٦٠	غرام

قارشدیریکز . اسهال منقطع اولنجیه قدر چوجغه قهوه قاشیغیله اعطا ایدلملی . استعمالدن اول مخلوطی قارشدرملی .

حمرهٔ وجه ایچون ترتیب — (هایس)

حامض فه‌نیك / صبغ ایود / کئول	بهرندن	٢	غرام
زیت تره‌منتی		٤	غرام
غلیسرین		٦	غرام

قارشدیریکز . خارجاً استعمال ایدیله‌جکدر .

هر ایکی ساعتده بر اشبو مایع ایله حمره‌نك نقطه‌لرله اطرافنده‌کی صاغلم جلده طلا ایدیله‌رك معدوم التعفن تارلاتان ایله ستر ایدیلور . اشبو ترتیبك طلاسی شمدی‌یه قدر حمره‌ده استعمال ایدیلن معالجایدن زیاده حسن نتیجل حاصل ایدر .

كوبلر طرفندن توصيه اولنان مقادير بلا محذور تجاوز ايديله‌بيلور ومارفان خفيف و بلا حما اولان نفث الدملر ايچون ۱ــ۲ غرام مقدار تعيين ايديور .

بزم مشاهده ايده‌بيلديكمز خصوصاتدن استنتاج ايدلديكنه نظراً حامض عفص يالكز استعمال ايديلورسه تكرار ايدن خفيف نفث الدملرده فوق‌العاده فائده‌ليدر و بلا محذور طول مدت استعمال اولنه‌بيلور . بروجه آتی ترتيب ايديله‌بيلور .

حامض عفص	۰,۱۰ سانتيغرام

بر حب ايچون . لزومه كوره كونده ۳ــ۵ حب .

ياخود كوبلرك ترتيبنى استعمال ايتملى .

نفث الدم آز ايسه بدوجه آتی ترتيب اوزره آرغوتين ايله برلشديريلور .

حامض عفص	۲ غرام
ارغوتين	۱ غرام

۲۰ حب ايچوندر . على‌الوسط يوميه ۵ عدد

ياخود قاپتيانك ترتيبى استعمال ايدلملى .

ارغوتين بونژان	۲ غرام
حامض عفص	۰,۵۰ سانتيغرام
تره‌منتى شروبى	۱۲۰ غرام

ساعتدن ساعته بر چوربا قاشيغى .

حامض عفص ديكر مختلف مضاد نفث الدم ادويه ايله برلكده ام الدملرك انشقاقندن منبعث وخيم نفث الدملرده استعمال اولنديغى حالده خسته‌لر برچوق دم تخم ايتدكلرى بمان بيله بروجه آتی حبلر اعطا ايديله‌رك توقيف ايدلديكنى كوردك .

حامض عفص		۰,۱۰ سانتيغرام
ارغوتين عرق ذهب سفوفى	بهرندن	۰,۰۵ سانتيغرام
ديژيتال سفوفى		۰,۰۱ سانتيغرام

بر حب ايچوندر . كونده ۵ـ۶ ايجابنده دها زياده .

حامض عفص ايچرن دها مختلف ترتيبات نافعه اعمال ايديله‌بلورسه‌ده خفيف نفث الدملرده يعنى خسته‌لرك يوميه آنجق يارم توكروك حقه‌سى قان طولدردقلرى خصوصاتده استعمال ايتديكمز بروجه آتی ترتيبدن چوق استفاده كوردك ،

ادران الرئه‌لیلرك نفث الدمنده حامض عفص

حامض عفص احتمال برمقدار مسامحه ایدیلیورسه‌ده ادران الرئه‌لیلرك نفث الدمنده حقیقتاً خدمت ایدر . (بارت . مجلهٔ ادران الرئه) و (غراسسه . مشاورات طبیه) والخ . اندن هیچ بحث ایتمیورلر . قاپتیان نام ذات طب حاضر جریده‌سنك ٢٦ اغستوس ١٨٩٦ تاریخلو نسخه‌سنده‌کی یکی برمقاله‌سندن انی انجق ذکرله اکتفا ایدیور ، له‌مووان ایسه (تداویٔ سریری) ده انی آرغوتینه ترجیح ایتمز . مع مافیه حامض عفص غایت نافع اولوب انك استعمالندن نتایج فوق‌العاده استحصال ایتدك .

شمدی‌یه قدر غاردنر طرفندن ٤—٦ غرامه قدر و واترس و هولدرس طرفلرندن دها چوق مقدارده نفث الدملرده استعمال اولنان حامض عفص بلا لون و ابروی و حریری و بلا رایحه وقابض وحامضی لذتده معروض ارلوب ١٠٠ قسم صغوق صوده حل اولور وکئولده چوق حل اولور انکله مضاد تمثل اولان اجسام أملاح حدیدیه و قلویات وطرطر مقیدر .

مقدار سمیده استعمال اولندقده شروفه کوره تنفس بطئی ونادر وغایت متعسر اولوب ضربان قلبیه و شریانیه غیر منتظم اولور . بو بر معصر اوعیه اولوب اوعیهٔ کلیویه اوزرنه تأثیر ایتدیکی جهتله رامبوتو انی کثرت تبولده توصیه ایدر .

نفث الدمده استعمال اولنان مقداری ٠,٣٠ سانتیغرامدن برغرامه قدر اولوب حب سفوف جرعه حالنده استعمال اولنور . کوبلر برغرامی تجاوز ایتامکی توصیه ایدوب بروجه آتی ترتیب ایدردی :

حامض عفص	٠,٣٠	سانتیغرام دن ١ غرام
آجی تورنج قبوغی مطبوخی	١٠٠	غرام

برکونده بتوریله‌جکدر .

مومی الیه انی تاننِدن زیاده ثابت و طردن هظمیه‌جه دها زیاده قابل تحمل قیاس ایدردی . بوندن ماعدا انی سکنجبین مدرری ترتیبنه ادخال ایتدیکندن اکا اسناد اولنان خواص غیر مدرره‌یه مباین ایدی .

عجبا قهرمانلغنه فدا اولەرقمی وفات ایتدی ؟ بوغایت محتملدر زیرا موسیو (ژیلبر) ارتق اندن خبر آلەمامشـدر . وفات ایدرکن صحتنی و حیـاتنی غصب ایدن زوجنه قاووشمش اوللیدر .

زیاده امتداد ایدن بر حاملەلك

اوسـترالیان مەدیقال غازەت نام غزتەنك مخبرلرندن بری حملك خلاف عاده اولەرق ٣١١ کون یعنی اون آیدن زیاده دوام ایتدیکی برخصوصی مشـاهده ایتدیکنی بیان ایتمشدر .

جنینك ایلك حرکاتی ١٨٩٥ سـنەسی ایلول نهایتنده حس ایدیلوب وضع حمل دخی ١٨٩٦ سنەسی ٢٠ مایس تاریخیله یعنی ٢٢٧ کون صکره واقع اولمشدر . اکر اشبو حرکات اوچنجی آی نهایتنده واقع اولمشلرسـه حمل تمام اون آیلق بولنمشدر . لکن نهایتکی حیض حقنده معلومات صریحه موجود اولمدیغندن دهـا اول واقع اولدقلرینه دائر اعطای رأی اولنەماز ،

منطارلر واسطه‌سیله تسمم

بودفعه دخی زهرلی منطارلر واسطه‌سیله قومپاسیون طریقنه عائد (آرفلور) خسته‌خانه‌سنك راهبه‌لری میاننده تسمم وقوعه کلمشدر . شویله‌که : راهبه (رادغوند) منطار طوپلامغه کیدوب عودتنده بلا تردد طوپلادتغی پشیریلور . بوندن اوچ راهبه اکل ایدرکه بری ۵۸ یاشنده باش راهبه ودیکری ۳۵ یاشنده (رادغوند) نام راهبه ودیکری ایسه راهبه (سنت هیپولیت) .

اخشاملین بونلر خسته‌لنورلر و راحتسزلقلری کیجه‌لین آرتدیغندن ایکی طبیب جلب ایدرلرسه‌ده بونلرك صرف مساعیسی سمك تأثیراتنی دفع ومنع ایده‌مزلر . باش راهبه ایله رادغوند ترك حیات ایدرلر . سنت هیپولیت ایسه وخیم بر حالده بولنیور .

قیصقانجلق وادران الرئه

دوقتور (ژیلبر) بروجه آتی ذکر ایتدیکمز مشاهده‌سیله حال احتضارده بولنان برکسه‌ده حسیاتك سؤ تبدلاتنك نه درجه ایلری ایتدیکنی و برمسلولك زوجه‌سیچون ادران الرئه‌یه مبتلا اولمق خصوصنده‌کی بیك درلو تهلکه‌لری میدانه قویار .

فرانسه‌نك جهت جنوبیه‌سی دوقتورلرندن بر کنج سریع السیر برسل الرئه‌یه مبتلا اوله‌رق زوجه‌سنه کندوسنی یالکز براقمامسنی و برلکده ترك حیات ایتمکی تکلیف ایتمکده ایدی . برکون حیاتنك صوکی ایدوکنی حس ایتدیکندن بر قدح شامپانیا استیوب یالکز بر یودوم ایچه‌رك بعده ایچنه ایکی اوچ کره توکورر وآنی زوجه‌سنه تقدیم ایدرك محبتنه دلیل اولمق اوزره بومخلوط سمداری ایچمکی تکلیف ایدر . بیچاره قادین بردقیقه تردد ایدرسه‌ده کوزلرینی قپایوب قدحی بردن بتورمکدن بشقه چاره بوله‌مز . برقاچ دقیقه صکره زوجی مستریح اوله‌رق بردها اویانمامق اوزره خواب ابدی‌یه طالار . بیچاره قادین آز زمان ظرفنده شدتلی بر حمایه طوتیله‌رق یتاغه دوشر و بطن جهتندن اعراض وخیمه ابراز ایدوب برآز صکره دخی سل الرئه‌نك بتون علایمنی ابراز ایدر .

مثنا ایود زیبقلر اوزرینه کئولك تأثیری

(پارس جمعیت علمیه‌سنده موسیو فرانسوانك مخطره‌سی)

قینار کئول مثنا ایود زیبقلرك ترکیبنی بوزار . اکر ١٠٠ غرام مایع ٠,٢٢٠ میلیغرام ایود زیبقی حاوی ایسه اشبو تحلل توقف ایدر . اشبو تأثیر تکرار حصوله کتوریله‌بیلور . وتأثیر منعکس ینه عین حدده توقف ایدر .

بوندن انتاج ایدیلورکه (١) ١٠٠٠ غرام کئول ٩٥ درجه‌ده غلیان ایدوب تقریباً ٣,١٥ ایود زیبقی‌یی تحلل ایتدیروب (٢) ایود زیبقی‌نك غسلیچون استعمال اولنان کئول علی‌الدوام زیبق قزانور ، وبالاخره ایود زیبقی حامل اوم‌رق ظهور ایدر (٣) ایود زیبق و ایود زیبقی‌نك کمیتجه فرقی موجود دکلدر .

تجربهٔ مهماز

موسیو ح. به‌کوتس طرفندن

مومی الیه مختلف جنس مهمازلرده تصادف اولنان قلوینك مقدارینی تعیین ایدیور . اولا دوای مزبورك زیتی قلویاته طوقونمیان غاز یاغنك ایثری واسطه‌سیله اخراج ایدلدکدن صکره مهماز قوروتیلوب تسفیف ایدیلور و ١٠٠ غرام لقمان روحی و ٢٠ سانتیمترو مکعب صوده حل ایدلمش ١ غرام مانیه‌زی ایله قارشدیریلوب برچوق دفعه‌لر ٦٠ غرام محلول ایتری یوزده ٥ حامض قلور ماء ایله حامضلندیرلمش صو ایله چالقاندقده بتون قلوی النور . اشبو محلول مائی سوزینوب ایثر آمونیاقی ایله چالقاندقده سربست بولنان قلوی دخی النور . ایثر تبخیر ایدیله‌رك مبتلر و بیاض صارمتراق برقلوی استحصال ایدلمش اولور .

روسیه‌نك و اوستریانك چودار مهمازلری مادهٔ مؤثرلری اك زیاده اولنلر اولوب (یوزده ٠,٢٠ غرام) المانیادن کلن نمونه‌لر (٠,١٥) واسپانیادن کلنلر (٠,١٤) غرامدر تأثیر حرارت قلویاتك نسبتلرینی آزالتیر .

مشاهده (٦) — علت افرنجیه‌یه مبتلا اولدیغی محتمل اولوب تماماً انکار ایتمکده اولان ٤٨ یاشنده بر آدم مدار خجاجك رم عظمیسی نتیجه‌سی جفن سفلیٔ ایمنك شطرهٔ ندبیسنه کرفتار اوله‌رق ٢٠ حزیران ١٨٩١ تاریخیله خسته‌خانه‌یه دخول ایدر ومعاینه‌مده جفن مرضك طیشاری دوندیکنی وخافهٔ هدبینك اسفل و وحشی‌یه چکلدیکنی ومدار حجاجه قوتله ملاصق بولندیغنی مشاهده ایتدیکم کبی مرقومك قوللرنده و بجاقلرنده قویو لکه‌لر وقضیبنده برندبه و احتقان عقدی مشاهده ایتدم .

(مابعدی وار)



ارتقاع و ٣٠ ميليمترو طوله مالك اولوب متعاقباً دخی ابعادنده هيچ تخلف حاصل اولمامشدر . (١)

مشاهده (٥) — اشبو مشاهده‌يه اساس اولان خسته چند سنه اقدم له‌فورووولف اصوليله شطرهٔ ندبيه‌سی نتيجهٔ منفيه ايله اجرای عمليات ايديلوب بالاده مشاهده‌نامه‌سنی نشر ايتديكم شخص اولوب بودفعه ١٠ شباط ١٨٩٠ تاريخيله وقلوروفورم تحتنده عمليات ايدلدی . شطره‌لی جفنی تماماً تخليص ايتدكدن و بالسهوله خافهٔ جفنيسنی ديكر جفنك خافه‌سيله اوچ عدد فقط حياطيه ايله برلشدردكدن صكره ٢٠ ميليمترو ارتفاع و ٣٨ ميليمترو طولنده برجرحهٔ جفنی حصوله كلديكندن انی عضد ايسردن استعاره ايديلن ايكی شريحهٔ جلديه ايله ستر ايدوب وضع تيمار ايتدك . ايرتسی كونلر شايان اشعار هيچ برحادثه ظهور ايتميوب بعدالعمليات آلتنجی كون تيمار ايلك دفعه تبديل ايديلوركن آشيلين شريحه‌نك كوزلجه التصاق ايتديكنی فقط هرطرفده كدمه درجه‌سنده قويو بررنك ابراز ايدوب هيچ بر جهتنده حسيت موجود اولمديغنی مشاهده ايتدم . عملياتك اون ايكنجی كوننه دكين بوحال اصلا تبدل ايتميوب تفلس بشيروی بدأ ايدنجه شريحه‌نك لونی يواش يواش آچيلوب يكرمی يدنجی كونی حسيت عودت ايتمكله برابر لوندخی حال طبيعی‌يه كيرر .

بوحالده وازه‌لين بوريكه‌لی تيمار ٣٥ كون متمادياً وشريحه ملايمت كافيه اكتساب ايده‌سيه قدر دوام ايدلدی . بومقصده واصل اولنجه عمليات ايدلن شخص بلاتداوی برهفته دها خسته‌خانه‌ده براقلدی ونتيجهٔ عملياتدن ممنوناً خسته‌خانه‌دن چيقدی . خروجی كونی شريحهٔ منتقله ١١ ميليمترو ارتفاع و ٢٦ ميليمترو طولنده اولوب جفنك حركتی وفرجهٔ جفنی حال طبيعيه‌كندن آزجه ايدی .

---

(١) شخص مزبور مملكتندن عودتنده ١٩ مارت ١٨٩٧ تاريخيله عرض تشكرات نيتيله بكا مراجعت ايتمكله شريحه‌نك حجمی و جفنك حركاتی وفرجهٔ جفنی خسته‌نك يوم خروجندن دها مناسب حالده بولنمقده ايدوكنی مع التشكر كوردم .

عملياتك نتيجهٔ بعيده مس نقطهٔ نظرندن بو خصوصك ابراز ايتديكی اهميت مخصوصه‌يه استناداً مرقومی جمعيت طبيهٔ شاهانه‌نك ٤ حزيران ١٨٩٧ اجتماعنده اعضای جمعيته ارائه ايتديكمدن مظهر تقدير بولديلر .

مریضه اونبش کون اهتمامات لازمه اجرا ایدیلوب ۱۸ ایلول ۱۸۹۰ ده ارزوسی وجهله قلوروفورمسز عملیات ایدلدی . اشبو عملیاتدن متولد جرحه ۲۳ میلیمترو ارتفاع و ٤٠ میلیمترو طولنده اولوب عضد ایمندن استعاره ایدیلن یالکز بر شریحه جرحه اوزرینه نقل ایدیلەرك بعده دیکرلرینه مشابه برتیمار ایله عین ستر ایدلدی .

ایام متعاقبەده خسته شایان دقت هیچ برشی ابراز ایتمدی . عملیاتك یدنجی کونی تیمار برنجی دفعه تبدیل ایدلدکده عملیات ایدیلن جفنك زیاده شایان ممنونیت برحالده اولدیغنی وآشیلنن شریحەنك کوزلجه ملتصق و پنبه برنکده وهر جهتنده حساسیتی برکال اولوب هر ایکی کوز قپاغنك آلات ایوجه متحد بولندقلرینی مشاهده ایتدم . عملیات ایدیلن کوزی تکرار عین وجهله تیمار ایتدم . مع مافیه ایکی کون صکره خستەخانەیه ورودمده صارغی‌یی تماماً بوزولمش بولدیغمدن تیماری تبدیله مجبور اولدم . امدی صارغی‌یی و دیکر تیمار طاقملرینی تبدیل ایتدیکمده مع التأسف هم ایکی کوز قپاغنك تماماً یکدیکرندن آیرلمش اولدقلرینی وهمده عملیات ایدیلن صاغ جفن علوینك طیشاری دوندیکنی مشاهده ایتدم .

اشبو عارضه شبهەسز خستەنك احتیاطسزلغندن منبعث ایدیسەده انك آتیده چارەسی دوشونلملك ایجاب ایدیوردی . کوز قپاغنی دوزلتمکچون بیهوده صرف مساعی ایتمکدن ایسه کوز قپاغنی دوزلتوب انی او وضعیتده ملاصق شریدلر وصناغط برصارغی ایله طوتدرمغی مناسب کوردم . مع التشکر نقل ایدیلان شریحه اقسام عمیقه ایله اولدرجه کسب التصاق ایتمشیدیکه اشبو عارضه اثناسنده اصلا تبدل وضعیت ایتمدی . خسته تحت نظارت مکملەده بولندیریلوب صناغط صارغی دخی تبدیل ایدلمکسزین بش کون ابقا ایدلدیکی حالده جفنك طیشاری دونمەسنه مانع اولنمشدر . بواثناده نقل اولنان شریحەده تقلس بشیروی واقع اولدیغندن وازەلین بوریکه ایله اوچ ماه هر کون اجرای تیمار ایدلمك اوزره آشیلنن شریحه کافی درجه ملایمت اکتساب ایتدیکنده تیمار ترك ایدیلوب عین سربست براقلدی .

اشبو نتیجەیه واصل اولنجه مشاهده مقصدیله خستەیی بش هفته دها خستاخانەده آلیقویدم . خروجی کونی جفنك وضعیتی شایان ممنونیت برحالده اولوب فرجهٔ جفنی دها ضعیفجه وجفنك حرکتی صاغلم جهتککنه نسبتله دها خفیف وانسداد جفنی بالسهوله واقع اولمقده ایدی . یوم مذکورده مساحه ایدیلان شریحهٔ منتقله ۱۲ میلیمترو

ازالمش وفرجهٔ جفنی طارالمشدر . اوچ هفته صکره خستەخانەدن چیقدی . تصادفاً برسنه صکره مرقومی کوردیکمده خستەنك حالنده هیچ برفرق موجود اولمیوب شایان ممنونیت بولنمقده ایدی .

مشاهده (۳) — اون یاشنده نحیف البنیه وزیاده لنفاری برقیز برخراج عقدیٔی عنقنده وفك سفلیسی تحتنده ندبات معیوبەیی حامل اولوب مدار حاجبك رم عظمیسی نتیجەسی جفن سفلیٔ ایمنده شطرهٔ ندبیه وقرنیهٔ ایمنه ملاصق و دق ابراز ایتمکده ایدی . اشبو شطرەیی متعاقب جفن طیشاری چوریلوب اسفل و وحشی‌یه چکلمش وخافهٔ هدبیسی مدار حجاجه ملتصق ایدی .

عملیات ۱۵ مارت ۱۸۹۰ تاریخیله قلوروفورم تحتنده اجرا ایدلدی . جفنك تجریدی مدار حجاج ایله خافهٔ جفن آرەسندەکی التصاقات و درون حجاجه ممتد اولوب جفنك طوزلمسنی منع ایدن لجامات ندبیه مناسبتیله کوچ اولدی .

بویله اولدیغی حالده جفن بالسهوله تجرید ایدەبیلدك بوحملده وجفن مریضی جفن علوی‌یه ربط ایتدکدن صکره جرحه ۲۰ میلیمترو ارتفاع و ۳۲ میلیمترو طول ابراز ایدیوردی . اشبو جرحه عضد ایمندن النان اوچ عدد شریحهٔ جلدیه ایله ستر ایدلدی . بعده تیمار وصارغی وضع ایدیلوب دردنجی کون کوزك افرازایله ملوث اولدیغندن تبدیل ایتدم . تیمار رفع ایدلدکده نقل اولنان شریحەیی تماماً تعطین ایدلمش وکیرلی برلدم . غیر مساعد اولان بوحاله قارشو تغیر ایدن شریحەلری رفع ایتدك . جرحه دقتله تطهیر ایدلدی واون بش کون صکره تندب حاصل اولدیسەده شطره یکیدن باش کوستردی . بوحالده و اقربالرینك ارزوسی اوزرینه بوقزجغز خستەخانەدن چیقدی .

مشاهده (٤) — قوی البنیه و بلا احوال مرضیهٔ ارثیه و کسبیه ۲۲ یاشنده برکنج آدم ۱۸۹۰ سنەسی ۲ ایلول تاریخیله مراجعت ایدوب افادەسنه نظراً اوچ سنه مقدم دوچار اولدیغی حمرهٔ فلغمونیەیی متعاقب صاغ جفن علویسنده برشطرهٔ ندبیه ابراز ایدر . جفن مریض تماماً طیشاری چوریلمش اولوب خافهٔ هدبیەسی ناحیهٔ حاجبیەیه ملاصق ایسەده مدار حجاجه دکل ایدی . منضمهٔ جفنیه فوق‌العاده متضخم بولنوب متبارز بر منظره ابراز ایدیوردی . حرکات انسدادیەده عین ایمن شطرەلی جفنی ایله انجق ناتمام اولەرق محافظه ایدیلوب منضمەنك افرازی زیادەجه ایدی .

وجهنده حصوله كلن فلغمون حمره‌وی‌یی متعاقب جفن علویٔ ایسرده شطرهٔ ندبیه‌یه مبتلا اولمشیدی . جفن علویٔ ایسر تماماً چوریلوب خافهٔ هدبیسی ناحیهٔ حاجبیه‌یه ملتصق ایدی . منضمهٔ جفنی قرمزی ومتضحم اولوب طبقهٔ بشیرویه‌سی خافهٔ هدبیه نهایتنده بشره منظره‌سنی ابراز ایدر . جفن مریض کرچه ناحیهٔ حاجبیه‌یه ملتصق ایسه‌ده مدار حاجبه ملتصق اولمیوب شطره‌لی کوز قپاغنده بردرجه‌یه قدر حرکت مشاهده اولندیغندن انسداد جفنی اثناسنده عین بردرجه‌یه قدر محافظه اولنه‌بیلور .

خسته اولجه فنه تطبیقاً تطهیر ایدلدکدن صکره ۹ کانون اول ۱۸۸۹ تاریخیله عملیات ایدلدی . شطره‌لی جفن منتظماً تخلیص ایدیلوب لجامات ندبیه‌دن تجرید ایدلدکدن وضعیت طبیعیه‌سنه ارجاع ایدیلوب جفن سفلیٔ ایسره اوچ عدد نقاط حیاطیه ایله اتحاد ایتدیرلدکدن صکره خرمه حالنه قونیلان ایپلکاری حده تثبیت ایدیلور . بودفعه ۲۶ میلیمترو ارتفاع و ٤٠ میلیمترو طولده بولنان وسعت جرحه‌دن فضله برشریحهٔ جلدیه‌نك عضد ایسردن بالقطع ستری ممکن اولمشدر . اشبو شریحه جرحه اوزرینه همان نقل ایله سطح جفنی اوزرینه کوزلجه یاپیلدقدن صکره فضله‌سنی اینجه مقراصلرله قطع ایتدك . بوندن صکره شریحهٔ جلدیه‌نك منتظماً منطبق اولدیغی وخافه‌لرینك جرحهٔ جفنی ایله تماسده بولندیغی بالسهوله مشاهده اولنیوردی . بونی متعاقب عملیات ایدیلان کوزك بالاده تعریف ایدیلن تیماره مشابه برتیمار ایله ستری ایجاب ایدر .

ایرتسی کونلر خسته‌نك حالی اولقدر شایان ممنونیت وصارغی کوز اوزرینه اولقدر کوزل منطبق ایدیکه تیماری سکز کوندن اول تبدیله لزوم کورمدم .

یوم مذکورده تیمار آچیلنجه نقل ایدیلن شریحه‌نك تماماً ملاصق اولدیغی واندن ماعدا جوار جلدنك رنکجه پك آز فرقلی اولدیغنی مشاهده ایتدیکم کبی آشیلنن شریحه‌نك هرنقطه‌سنده حساسیت موجود ایدی . اونبرنجی کون عملیات ایدیلن تیمار عین منظره‌یی ابراز ایدیوردیسه‌ده یالکز شریحه‌نك سطحنده بردرجه تفلس بشیروی مشاهده اولنیوردی . عین زمانده ایکی کوز قپاغنك حیاطه‌لری آچلمش ایدوکندن حیاطه‌لری الدم . بوکوندن اعتباراً وازه‌لین وریکه‌لی تیماره ۷۰ کون دوام ایدلدی .

اشبو تداوینك تحت تأثیرنده تفلس ایدن بشیره‌نك تورقی یکیدن تشکل ایدن بر بشیره‌نك تولدیله تعاقب ایدوب شریحهٔ منتقله زیاده ملایمت اکتساب ایتمشدر . بو زمانده نقل ایدیلن شریحه بروجه آتی ابعادده ایدی . ۱۵ میلیمترو ارتفاع و ۲۸ میلیمترو طول . مع مافیه عملیات ایدیلن کوز قپاغنك متحرکیتی صاغلم طرفه نسبتله

بورفاده ايله ستر ايدرك انك اوزرندن معاونلريمزدن بريله خفيفجه تضييق ايتديرديكمز مدت ظرفنده بيوجك وكسكين اوسطوره ايله صول عضددن شريحهٔ جلديه قطع ايتدك .

آييريلان شريحهٔ جلديه همان جرحه اوزرينه وضع اولندقده تماماً انى ستر ايدهمديكندن برديكرينيدها قطعه مجبور اولدق .

بتون سطح جرحهٔ جفنيه بووجهله آشيلنوب اينجه ايودوفورم طوزى سرپلدكدن سكره تيمار وضع اولندى . ايام متعاقبه حسن صورتله كذران ايدوب آلتنجى كون صارغى كوشهديكندن تيمارى قالدرديغمده شريحه‌يى يالكز برنقطه مستثنا اولديغى حالده نقاط سائرهده كوزلجه ملاصق بولدم كه مذكور نقطه انفه قريب جهتده اولوب اوراده شريحه‌نك بر قسمى التصاق ايتميوب بياض برنك اراز ايتمكده ايدى . هيچ بر نقطه‌ده حس تماس موجود دكلدى اصول وجهله تيمار اجرا ايتدم .

طقوزنجى كون تيمار تبديل ايديلوركن عين حالى مشاهده ايتدم . انسى جهتده شريحه‌نك برقسمى تماماً تعطين ايدلمش برحالده ايدوكندن تغير ايدن بوپارچه‌يى اينجه مقراصلرله قطع وتيمار ايتدم . اون ايكنجى كون آشيلنن شريحه بالتماس حساس ايسه‌ده برتفلس بشيروىيه مقر اولوب اجفان يكديكرندن آيرلدقلرندن حياطه‌لرى رفع ايدوب وازه‌لين بوريكه‌لى بر تيمار وضع ايتدم .

مذكور تيمار هر كون تجديد ايديلوب آشيلنن شريحه كافى درجه ملايمت اراز ايدنجيه قدر ايكى بچق ماه قدر اكا دوام ايتدم . بومدت ظرفنده شريحه‌ده محسوس برتناقص حجم مشاهده اولنوب انك ارتفاعى ۱۲ ميليمترو وطولى ۱۹ ميليمترو مقدارنده ايدى . جفنك كرهٔ عين اوزرينه انطباقى اجفان ايله عين بيننده برمقدار آچيقلق بولنديغندن كافى درجه‌ده دكلدى . لكن اشبو محذور چابوجق اجرا ايتديكم حياطهٔ غضروف جفنى عملياتيله تصحيح ايديلوب عمليات ايديلن جفن ديكرندن انجق شريحه‌نك رمكنك بياضلغيله وحركتنك بالنسبه آزلغيله فرق ايديله‌بيلمك اوزره نتيجهٔ عمليه مكمل ايدى . اشبو خسته‌نك خسته‌خانه‌ده اقامتى من‌حيث المجموع ۱٤٥ كون دوام ايتدى . نقل ايديلن شريحه‌نك ملايمتى ظهور ايتديكى دقيقه‌دن اعتباراً انك ابعادينك بالانكماش ارتق تناقص ايده‌مديكى عمليات ايديلن جفنك دفعاتله مساحه‌سيله ثابت اولور .

مشاهده (۲) — ٥٤ ياشنده متوسط بنيه‌ده و احوال مرضيه‌دن برى برآدم ٥ كانون اول ۱۸۸۹ ده خسته‌خانه‌يه داخل اولوب افاده‌سنه نظراً يدى سنه اقدم

شريحه‌نك برقسمی غانغرنلنوب دوشر بو كبی خصوصاتده بالطبع تموت ايدن پارچه قطع ايديلوب چيقاريلور ، شبهه‌سز بوحالده نتيجهٔ عمليه ناتمام قالور .

برعملياتی مؤخراً نتيجه غير موافقه‌يه اقتران ايتدرين محذورلری دفع ايتمكچون موجود اولان يكانه واسطه خسته‌يی بتكرار عمليات ايدوب يكيدن برشريحهٔ جلديه قطعيله جرحهٔ جفنيه اوزرينه تطبيق ايتمكدر .

بوحالده جرحه برقاچ كونلر ۵۰۰۰—۱ سوبليمه محلوللی تيمارلرله ستر ايديلوب بعده قولدن چيقاريلن شريحهٔ جلديه تطبيق ايدلدكده حسن نتيجه استحصال ايديلور .

اشته طرف عاجزانه‌مدن اجرای عمليات ايديلن خصوصاتدن بعضلرينك مشاهده‌لرينی بروجه آتی ذكر ايديورم .

مشاهده (۱)— ۲۰ ياشنده قوی البنيه وبلا احوال مرضيهٔ ارثيه وكسبيه كنج برآدم ۱۸۸۷ سنه‌سی ۱۵ تشرين اولده جفن سفلیٔ ايسرنده بربثرهٔ خبيثه ايله خسته‌خانه‌يه داخل اولور . خسته فنه تطبيقاً تداوی ايديلوب ۱۸ تاريخيله معلم متوفی تره‌لا خسته‌خانه‌مزی زيارت ايتديكی اثناده فرصتدن بالاستفاده بوخصوصده ندبه‌يی متعاقب وقوعی طبيعی اولان شطره‌يی منع ايده‌بيلمك اوزره برتدبير فنی موافق حقنده رأينه مراجعت ايتدم . مومی اليه تشخيص وتداوی‌يی تصديق برله تزز ايتمكده اولان سطح جرحه اوزرينه خسته‌مز حسب‌الايجاب مملكتنه كيتمكچون چند كون صكره خسته‌خانه‌دن چيقديغندن بوفرانسزلی جراح شهرك نصيحتنی طوتمق ممكن اوله‌مدی . آنجق مرقوم بر بچق سنه صكره ۱۰ حزيران ۱۸۸۹ ده مملكتندن عودتنده تماماً شطره‌لی برحالده اولوب بتون خافهٔ هدبيسی حده ملتصق بولنان جفن سفليسنك تعميريچون بزه مراجعت ايتدی .

بووجهله طيشاری چوريلن جفن رزوه‌سی اسفلده برزاويه تشكيل ايتمكده ايديكه منضمهٔ جفنی و رتج جفنی ومنضمهٔ بصلينك قسم سفليسی قرمزی وحال ارتشاحده ايديلر ومنضمه‌نك افرازاتی ازالمش ايدی .

مرقوم ۱۲ حزيران ۱۸۸۹ ده قلوروفورم تحتنده عمليات ايدلدی . اولا جفنك خافهٔ ملتصقه‌سنه موازی وآندن آز بر مسافه‌ده برشق اجرا ايدوب بعده بروجه‌بالا بسط ايدلديكی طرزده جفنی تخليص ايتدم . اولزمان جفن علوی‌يی جفن سفلی ايله اوچ عدد نقط خياطيه واسطه‌سيله اتحاد ايتديروب خياطه‌لرك ايپلكلرينی خرمه حالنده جبهه‌يه ربط ايتدم . همان عقيبنده جرحه مساحه اولندقده ۲۳ ميليمترو ارتفاع و ۳۶ ميليمترو طولنده ايدی . آنی اولزمان ۵۰۰۰—۱ سوبليمه محلولی

مفقوديتی اولوب آنجق برنجی آيك عقبنده واواثناده آشكار اولور ومؤخراً انكماش كيتدكجه ازاله‌رق شريحه كافی درجه يموشاقلق كسب ايدنجه توقف ايدر . بودقيقه‌دن اعتباراً تداوی تعطيل ايديلوب مؤخراً برانكماش وقوعندن آرتق قورقلميه‌رق كوز سربست براقيله‌بيلور برچوق خسته‌لر اوزرنده متعدد دفعه‌لر وسيرك فاصله‌لرله اجرا ايتديكم مساحه‌لر بوخصوصك صحتی حقنده بكا تأمينات بخش اولديلر .

خصوصات مشروحه‌دن مستبان اولديغی وجهله شطره‌يه مبتلا اولان كوز قپاغنك اولدقجه سطحی واسع برجرحه حاصل ايدلمك اوزره عريضاً تخليصی ايجاب ايدوب جرحهٔ مزبوره اوزرينه متناسب ابعادده برشريحهٔ جلديه وضعی لازمكلور .

بووجهله حركت اولنديغی حالده فعل انكماشك ختام وقوعنده يا چوق قيصه بركوز قپاغی ونه‌ده انسداد جفنیٔ غير تام وقوعندن قورقلمز .

تعداد ايتديكم تفصيلات ١٨٨٩ سنه‌سنده ١٨٩٧ سنه‌سی مارتنه دكين تيرش اصوليله جلد آشيسی اجرا ايتديكم ٤٢ شطرهٔ ندبی مشاهداتندن اقتباس ايدلمش تجربهٔ عمليه‌نك نتيجه‌سيدر .

اشبو ٤٢ خصوصدن ٢٦ عددی (بونلرك اونبش عددی جفن علوی واونبر عددی جفن سفليده) نتيجهٔ قطعيهٔ تامه ايله اجرای عمليات ايدلمشلردر شول وجهله‌كه يالكز آشيلنن شريحه كوزلجه طوتوب تداوی سايه‌سنده مؤخراً ملايمت كسب ايتديكی مثللو عمليات ايديلن جفن بعدالانكماش كرهٔ عينك منتظماً محافظه‌سنه كافی بر وسعت ابراز ايدر .

اونبر دفعه‌ده (بونلرك ايكيسی جفن علويده وطقوزی جفن سفليده) عملياتدن اولقدر موافق برنتيجه استحصال ايده‌مدك . اشبو نتيجهٔ غير تام حصولنه باعث اولان اسبابی شرح ايتمك حائز منفعتدر ظن ايدرم . اول امرده اعتراف ايتمليزكه دائما اوسطوره واسطه‌سيله وسعت كافيه‌ده برشريحهٔ كبيره قطعی دائما ممكن اوله‌ميوب جرحه‌يی تماماً ستر ايتمكچون اكا برايكی شريحه دها علاوه‌سی لازمكلور. امدی بالاده بيان اولنديغی وجهله شرائط مزبوره تحتنده شريحه‌لرك كافه‌سی انساج عميقه ايله كسب التصاق ايدرلرسه‌ده علی‌الاكثر بوآشيلنن شريحه‌لرك بری و يا برقاچی تموت ايدوب متعاقباً ندبه حصوله كلمكله آنك انكماشی عملياتدن مأمول اولان نتيجه‌يی اخلال ايدر .

بعضاً دخی نادراً جرحهٔ جفنی اوزرينه يالكز برشريحهٔ جلديه نقل ايدلديكی حالده بيله شريحهٔ مزبوره‌نك كافه‌سی تحتنده‌كی انسجه‌يه التصاق ايتميوب آشيلنن

(٥) أوسطوره ايله رفع ايديلن شريحهٔ جلديه‌نك جرحهٔ جفنيه‌يى تماماً ستر ايده‌بيله‌جك قدر واسع اولمسى مقتضيدر لكن بو دائما ممكن اوله‌ماز بعضدفعه شريحه كافى بيوكلكده اولمديغندن بتون جرحه‌يى ستر ايتمكچون ايكنجى وحتى اوچنجى برشريحه‌يه احتياج واردر . الك زياده موفقيت حاصل اولان خصوصات يالكز بر شريحهٔ جلديه ايله اجرا ايديلیدركه بونكله (وه‌كر) ك موزاييق طرزنده‌كى جلد آشيسنه مغايردر .

(٦) بعضكره بلا خطا اجراى عمليات ايديلوب شريحه دخى التصاقات كسب ايتديكى وكرهٔ عينك سترينه كافى وسعتده بولنديغى حالده بيله آنك كوز اوزرينه كوزلجه انطباق ايتمز . جفن سفليده واقع اولمين بو حال شطره‌نك يكيدن ظهورينى ايما ايدرسه‌ده اويله دكلدر . آنجق جفنك بو وجهله سوء انطباقى عضلهٔ مدار حجاج الياف‌نك برقسمك خرابيتنه اسناد ايديله‌بيلور . زيرا معلوم اولديغى وجهله عضلهٔ مزبوره جفنى وضعيت طبيعيه‌ده بولنديروب تقلص ايتديكى زمان دخى جفنى سد وكوز ياشلرينك قنات دمعى‌يه طوغرى ايلريلمسنه خدمت ايدر .

عمليات ايديلن جفنك اشبو سوء انطباقى محذورينه چاره اولمق اوزره حياطهٔ غضروف جفن اجرا قلنوب جفن وضعيت طبيعيه‌يه ارجاع ايدلديكى مثللو بالاخره سوء نتيجه‌نك معاودتى برطرف ايدلمش اولور .

(٧) شطره‌دن عمليات ايديلنلرك برچوغنده اكثر على الخصوص جفن علويلرنده عمليات ايديلنلرده برتناقص حركت وخفيف درجه‌ده سقوط جفن مشاهده اولنوركه آنك عقبنده عين دها كچوك وعمليات ايديلن طرفده‌كى فرجهٔ جفنيه صاغلم طرفده‌كنه نسبتله دها ضيق كوزيكور . اشبو تناقص حركت عضلهٔ رافعهٔ جفن علوينك شطره‌يى حصوله كتورن سبب مخربك تأثيريله فعاليتدن محروم قالديشنه عطف ايديله‌بيلور .

(٨) جهت عمليه‌جه حائز اهميت ديكر برخصوص دها نقل اولنان شريحه‌نك مؤخراً دوچار اوله‌جغى درجهٔ تقلصدر . هيچ شبهه يوقكه تقلص اولكى حجمى تنقيص ايده‌بيلور فقط اشبو تناقصك برحدى واردركه اكثريا آنى تجاوز ايده‌مز . برشريحهٔ جلديه كوزلجه طوترسه آشيلنن شريحه‌نك نصفندن زياده‌سنى عيب ايده‌سيه قدر فعل انكماشك ترقيسى ا.ردر على الاكثر فعل انكماش نقل اولنان شريحه‌نك ابعادينى ثلثان ويا نصفه قدر ارجاع ايتدكدن صكره توقف ايدر ؛

انكماشك درجه‌سى نه اولورسه اولسون ارتفاع استقامتده طولانى استقامتده‌كندن دها زياده‌در . شايان اشعار بركيفيت بعدالعمليات برنجى هفته ظرفده انكماشك

وازه‌لین بوریکه‌لی تیمارك دوام اولنمسنه براهمیت مخصوصه اسناد ایدیشمه سبب آنك یالکز آشیلنان شریحه‌نك منظره وقوامنی برطرز مناسبده تعدیل ایتمسندن دکل لکن بردرجه‌یه قدر آنك سطحنك بالانکماش کوچولمسنه دخی مانع اولدیغیچوندر . بنده‌کز بوخصوص اجرای عملیات ایتدیکم برچوق کمسه‌لرده مشاهده ایتدم . جهت عملیه‌جه شایان اهمیت برکیفیت دها نقل اولنان شریحه‌نك درجهٔ کافیه‌ده اکیلوب بوکلمك خاصه‌سنی ابراز ایتدیکی دقیقه‌دن اعتباراً آنك مؤخراً بالانکماش سطحنك تناقص ایده‌بیلمسی احتمالی برطرف ایدلمش اولور . صارغینك طول مدت صارلمسنك اهمیتیده‌ خی شفای تامه دکین کوز قپاغنك چورلمامسیچون آنی دوزلدیکی وضعیتده طوردرمسیدر . ایکی کوز قپاغی حیاطیه واسطه‌سیله اون کوندن زیاده متحد طوره‌مدیغندن صارغینك تمدید استعمالنك اهمیتی اکلاشیلور . زیرا اون کون صکره حیاطه‌لر آیریلوب کوز قپاقلری آچیلور .

طرز عملیاتی و بعدالعملیات تعقیب ایدیله‌جك تداوی‌یی تعریف ایتدکدن صکره مسئله‌یی دها یقیندن تدقیق ایله نتیجهٔ عملیه اوزرینه تأثیری اوله‌بیلن خصوصاته دائر فکر عاجزانه‌میده بیان ایتمك ایسترم که خصوصات مزبوره شونلردر :

(١) عملیات اجرا ایدیلن کوز قپاغی واسعاً تخلیص ایدیلوب طبیعی بر کوز قپاغندن فضله‌جه بروسعت ویرلمك اوزره کوزلجه تمدید ایدیلور . بو وجهله واسع برجرحهٔ جفنی حصوله کلورکه بالنسبه دها بیوك برشریحهٔ جلدیه ایله املا ایدیله‌بیلور . اشبو تدبیر احتیاطیٔ مهم سایه‌سنده بعدالشفا کرهٔ عینی بالسهوله منتظماً ستر ایده‌بیلمکه کافی برجفن استحصال ایدلمش اولور .

(٢) آشیلنان شریحه ایله جرحهٔ جفنی یکدیکرینه کوزلجه تماسده بولنمقچون جرحه‌نك سطحی منتظماً مساواتده بولنمق لازمکلور . زیرا سؤ انطباق شریحه‌نك تموتنی بادی اولور .

(٣) وسعت کافیه‌ده برکوزل شریحه‌نك قطعی دائما قولای دکلدر . کسکین بر اوسطوره ایله تیرش اصولنده بیوجك برشریحهٔ جلدیه رفع ایده‌بیلمکچون الشمش اولمق لازمکلور . بوندن ماعدا اثنای قطعده شریحه‌یی ازمامليدر .

(٤) تیرش اصولیله رفع ایدیلن شریحه‌نك (له‌فوروولف) اصولیله رفع ایدیلندن دها آز الاستیق اولدیغی معلوم ایسه‌ده بوکنکه واوجلری قیوریلمغه مستعددر . بو سببدن یالکز جرحهٔ جفنی اوزرینه شریحه‌یی کوزلجه یایمق کفایت ایتمیوب برمبلاق ایله شریحه‌نك خافه‌لرینی دوزلتوب جرحه‌نك خافه‌لریله تماسده بولندرمق ایجاب ایدرکه عدم موفقیتدن اجتناباً بوبابده مسامحه اصلا جائز اوله‌ماز .

بوندن صكره اوسطوره ايله جرحهٔ جفنيك تمامى اولمزسه بيله قسم كليسنى ستر ايتمكه كافى برشريحه رفعى قالوركه بوخصوص اخيرده برقاچ عدده كوچك شريحه‌لر علاوه ايديله‌بيلور . لكن نقل ايديله‌جك اولان شريحه‌يى طى ايتمزدن اقدم اكثر دفعه استعاره‌يه خدمت ايدن قول صيجاق صابونلى صو و بعده مضاد تعفن برمحلول وكئول ايله كرزلجه تطهير ايديلوب شريحه‌نك بالسهوله استيصاليچون ايوجه كريكين طوتلمسى وشريحه‌نك همان استيصالنى متعاقب سطح جرحه‌يه وضع اولنمسى لابددر . اولزمان شريحه دقتله ياپيلوب خافه‌لرى جرحه‌نك خافه‌لريله كمال دقتله تماسده بولندرلميدر . شريحهٔ جلديه بو وجهله جرحهٔ جفنى اوزرينه دقتله تطبيق ايديلنجه اينجه ايودوفورم طوزيله مشتوع برفورجه ايله بتون جفن اوزرينه سرپوب اوزرينه ١٠٠—٤ حامض بور محلولنه باتمش بر رفاده ودها صكره قطن مصفا وصيقيجه بر صارغى وضع ايدرم . فرداسى كونلر خسته يتاغنده اوطوروب اوطه‌سنده دخى كزينه‌بيلور . عملياتك ايلك كونى مايع اغذيه‌دن ماعداسنه مساعده ايتميوب صكره‌لرى يواش يواش معتاد اولان اطعمه‌يى اكلنده بأس يوقدر .

عمليات ايديلن كوز اوزرنده تيمارى برهفته وياخود لااقل بش آلتى كون براقق معتادم اولوب آنى بومدتدن اول تبديل ايتمم . بومدت ظرفنده آشيلنان شريحه موفقيت اولديغى تقديرده انساج عميقه ايله آز چوق التصاقات كسب ايدوب على الاكثر هيئت مجموعه‌سنده كلكون ويا صونوقجه پنبه بر رنك ابراز ايدر . بعضكره دخى هر نقطه‌سنده حسيتى موجوددر بعضاً ايسه اشبو حسيت آنجق اونبش يكرمى كون صكره ظاهر اولور . على الاكثر اولزمان آشيلنان كوز قپاغنك سطحنده تفلس طبقهٔ بشيرويه واقع اولور . نادراً بوتفلس بشيروى دها كچ وعلى الاكثر دخى اون اون ايكنجى كونده مرئى اولور .

آشيلنان شريحه‌نك تفلسنى مشاهده ايدنجه ايودوفورم طوزلرينى براقوب وازه‌لين بوريكه استعمالنه باشلرم كه بوخصوصده عمليات ايديلن جفن اوزرينه ١٠٠—٤ حامض بور محلولنه مغطوس واوزرينه وازه‌لين بوريكه سورلمش بر رفاده وانك اوزرينه قطن مصفا و وحيدالعين صارغى تطبيق ايدرم . هركون تبديل ايتديكم اشبو تيمار بربچق ماه قدر دوام وبعضاً دخى ايكى اوچ ودرت ماه قدر ونقل ايديلن شريحه جلد درجه‌سنده يموشاقلق اكتساب ايده‌سيه قدر دوام اولنمق لازمكلور . وازه‌لين بوريكه ايله اجرا ايديلن تيمارك ديكر بر خاصه‌سى دها تفلس ايدن بشيره انقاضنك طردينى تسهيل ايدوب آنك يرينه بر يكى بشيره طبقه‌سى ظهورينه خدمت ايتديكيچوندر ،

بعدالعملیات لازمکلن تداوی‌یه دائر بعض تفصیلات درمیانه مساعده اولنمسی نیاز ایدرم .

عملیاتدن همان اول عین واطرافی اولا صیجاق صو وبعده مضاد تعفن محلول ایله وعلی‌الاکثر ٥٠٠٠—١ سوبلیمه ایله غسل ایدیلوب اولزمان اولجه ١٠٠—٢ نسبتنده حامض فه‌نیك محلولنه غطس اولنمش برمشرط قطع ایله جفنك خافهٔ هدبیٔ ملققه‌سنه موازی اوزونجه برشق عمیق اجرا ایله هرجهتدن شق مزبوری جفنك طولانی تجاوز ایتمك اوزره تمدید ایدرم . بعده التصاقات یواش یواش مشرطك اوجیله آییرلمق اوزره جفن مریضی تخلیص ایدوب جفنك طوغرولمسنه مانع اولان لجامات ندبیه‌یی تصادف ایتدکجه استیصال ایدرم . جفن مریضك اشبو وجهله تخلیصی جفنك هیچ برمحلده ولو جزؤی برانکماشه معروض اولمقسزین حال استراحتده بولنه‌بیلمسنه دکین دوام اولنه‌بیلور . اشبو نتیجه استحصال اولنجه ایکی خافهٔ جفنیه‌یی ٣—٤ نقطه حیاطیه ایله اتحاد ایتدردم لکن هر ایکی کوز قپاغی (علوی وسفلی) بردن شطره‌یه مبتلا ایسه‌لر اشبو اتحاد ممکن اوله‌مدیغندن حیاطه ایپلکلرینی یالکز عملیات ایدیلن جفنك خانه‌سندن کچوروب تشکیل ایتدیکم برخرمه‌یی جفن علوی ویا سفلینك شطره‌سی موجود اولدیغنه نظراً ایپلکلری مقابل جهته اولجه چکمکه دقت ایدرك جبهه‌یه ویاخود حده قوللودیون ایله یاپشدیردم . اشبو نهایتکی مانوره واسطه‌سیله جفنی کوزلجه کرمکه و (ویکنه رکیویچ) ك نصیحتنه توفیقاً سطح جرحه‌یی توسیعه دقت ایدرم شوفرق ایله‌که مومی‌الیه حیاطه‌لری یالکز عملیات ایتدیکی جفن اوزرندن کچوردیکی حالده بنده‌کز اشبو جری علی‌الاکثر هر ایکی جفنی اتحاد ایتدردبکم حالده اجرا ایدرم . ایلروده کوره‌جکزکه سطح عملیه‌نك بو وجهله چکمك واسطه‌سیله توسعی نتیجهٔ قطعیهٔ عملیه ایچون زیاده حائز اهمیتدر . اشبو جرك دیکر برمنفعتی دها احتیاط ایدلمکسزین کوزوکمیوب کافه‌سنی قطع ایده‌بیلکلکمز محتمل اولان بعض لجامات ندبیهٔ صغیره‌یی مرئی قیلمقدر .

شطره‌لی کوز قپاغنی مقدار کافی تخلیص ایتدکدن صکره آشیلنه‌جق شریحه‌نك حسن تطابقنه خدمت ایتمك اوزره تبارز ایدن انسجه‌یی استیصال ایدرك سطح جرحه‌یی ممکن مرتبه منتظم ومتساوی برحاله ارجاع ایتملیدر . الحاصل سطح جرحه‌یی دها واسع قیلمقچون آنك محیطنه برقاچ میلیمترو عمقنده برشق عمیق اجرا ایدیلور . بونی متعاقب جرحه‌یی اوچ درت دفعه بوکولمش وبرمحلول مضاد عفنی‌یه غطس اولنمش بر رفاده وضع ایدوب انك اوزرندن برمعاون عملیات ایدیلن جفن اوزرینه توقیف انزفه ایچون ال ایله اجرای تضییق ایدر .

اوچنجی دردنجی بشنجی آلتنجی کونلر عین حال دوام ایدوب یدنجی کون صارغی کوشه‌دیکندن آنی یکیله‌مك ایجاب ایتدی . امدی پانسمان طاقملری قالدیروب جفن اوزرندن ایودوفورم اغباری تطهیر اولندقده شریحه‌یی یابس وغیر حساس و بسبتون سیاه برحالده بولدم .

اشبو غیر مساعد منظره‌یه قارشو آشیلنان شریحه اقسام عمیقه‌یه ملاصق کبی کورونیکندن آنی برآز دها یرنده براقمق استدم . کوز اوزرینه وضع ایدیلن عین تیمار ایکی کون صکره تبدیل ایدلدی . بودفعه نقل اولنان شریحه کندیلکندن تیمار طاقملریله برلکده آیرلدیغنده فحم مثللو سیاه بررنك وقرنی برمنظره ابراز ایدیوردی وایکی کوز قپاقلریده‌خی یکدیکرندن آیرلمشلر ایدی . ایودوفورملی بر پانسمان تحتنده شریحه‌نك طرندن متحصل جرحه اون ایکی کون ظرفنده ایو اولدی ایسه‌ده انکماش ندبی‌یی متعاقب شطره ینه ظاهر اولدی . بوحالده شخص مرقوم خسته‌خانه‌دن چیقوب برقاچ سنه صکره تکرار داخل اولدیغنده (تیرش) ك جلد آشیسی اصولیله عملیات ایدلدی .

بروجه بالاده ذکر ایتدیکم شوایکی مشاهده‌ده حصوله کلان عدم مفقیت بنده‌کزی فی‌الحقیقه داغدار تأسف ایتدی . بوخسته‌لرك ایکیسنده‌ده شریحه‌لرك غانغرنلنمسی کمال دقتله اجرا ایدیلن برعملیاتدن منتظر اولان نتیجه‌یی برطرف ایتمشدر . مع مافیه اجفانك جلد آشیسیله تعمیر وتصحیحی فکری بنده‌کزه اوقدر عملی کورینیورایدیکه اجرا ایتدیکم شو مشئوم تجربه‌دن صکره بیله آنك شطرهٔ ندبینك تداویسنه تطبیق ممکن اولوب اولمدیغی حقنده بر قطعیته دسترس اولمقسزین اشبو یکی تضیع جفن اصولندن واز کچه‌میوردم .

برآز صکره (تیرش) ك جلد آشیسی اصولندن ژانك جراحلمه حسن تطبیقندن خبردار اولدم . اولزمان بونی شطرهٔ ندبیده استعمال فکرینه دوشدم . حقیقتکو اولمقچون صادقانه اعتراف ایدرمکه اشبو فکر بنده‌کزه (دفاتر امراض عینیه) نك ١٨٨٩ سنه‌سی ٧١ نجی صحیفه‌سنده (ویاله) طرفندن « امراض عینیه‌ده یکی بر جلد آشیسی اصولی ، تیرش اصولی و آنك جراحت عینیه‌ده تطبیقاتی » عنوانیله نشر ایتدیکی مقاله‌نك قرائتندن صکره توارد ایتدی . بوصورتجه ١٨٨٩ سنه‌سنده اجرای عملیات ایتدیکم برشطرهٔ ندبیه‌ده استعمال ایتدیکم حسن نتیجه‌دن جسارت الەرق بروجه آتی ذکر ایده‌جکم ٤٢ خسته‌ده بوکونه دکین کمال موافقیتله موقع تطبیقه قویدیغمی مع الافتخار بیان ایدرم . لکن اندن اول بعض معلومات عمليه ايله

تضييق اولندقده شريحه‌نك خافه‌لرندن ماومتراق بر قيح صيزمقده اولوب حياطه‌لرك برقسمى جلدى ييرتمش وواليكنه باتان محللر قيح ايله مشبوع ايدى .

غير مساعد بومنظره‌نك موجوديتى حسبيله جفنى اشبو غانغرن اولمش شريحه‌دن تخليص ايدوب جرحهٔ منتنه‌يى قواعد جراحيه‌يه تطبيقاً تداوى ايتمكدن ماعدا برشئ يابه‌مزدم . اشبو تداوينك تحت تأثيرنده يكرمى كون ظرفنده تندب واقع اولديسه‌ده ايكماش ندبئ شديدى متعاقب شطرهٔ خارجى ينه ظهور ايتدى . عين خسته برقاچ آيلر صكره فريك اصوليله اجرا ايتديكم تضيع جفن عمليـاتى متعاقب حسن نتيجه ابراز ايتدى .

مشـاهده (۲) ـــ ٤٢ ياشنده وهيچ بر استعداد ارثى وكسيبى اولمين برشخص جفن علوئ ايمننده بش سنه اقدم ناحيهٔ جفنئ حاجبئ ايسرنده ظهور ايدن تقرحى متعاقب برشطرهٔ خارجئ تام ابراز ايتمكده ايدى . مرقوم خسته‌خانه‌يه ۱۰ كانون اول ۱۸۸٦ تاريخنده داخل اولوب جفن تماماً كرى دونمش وحافهٔ هدبيسى حاجبه التصاق ايتمامش ايسه‌ده مدار حجاجه ملتصق دكل ايدى . منضمهٔ جفنى كسب ضخامت ايتمش اولوب قويو قرمزى رنكده و بشرهٔ محاطى بشره مثللو قسـماً يابس ايدى ۱۲ كانون اول تاريخنده عمليات قلوروفوزم تحتنده وبرنجى مشاهده‌نامه‌دن توصيف ايتديكم عين شرائط مضاد تعفينه‌يه رعايتله احرا قلندى . اوچ سانتيم طول و۱۷ ميليمترو ارتفاعنده اولان جرحهٔ جفن بودفعه دخى متوفى خواجهم ويانه‌لى معلم (آرلت) ك نقل اهداب اصوليله عين زمانده شعره عملياتى اجرا ايتمكده اولديغم ديكر برشخصدن استعاده ايدلدى آنجق بوراده استيصال ايديلن شريحهٔ جلديه حال طبيعيه‌ٔ كندن برمقدار بيوجك اولمغله آندن فرقلى ايدى .

اشـبو شطره وشعره عمليات مضاعفه‌سنى اجرا ايتمكچون بروجه آتى حركت ايتدم : شـطره‌لى اولان جفن علوى‌يى كوزلجه تخليص ايدوب خافهٔ هدبيـه‌سنى جفن سفلى خافه‌سـنه اوچ عدد نقط حياطيه ايله ربط ايتدكدن صكره جرحهٔ جفنى‌يى ۰۰۰ ۵ ـــ ۱ سـوبليمه محلوله مغطوس برزفاده ايله ستر ايتدم . اولزمان شـعره عملياتنه بدأ ايدوب عمليـات ايديلن جفندن آيرديغم شريحهٔ جلديه‌يى آنيده مذكور جرحهٔ جفنيه اوزرينه نقل ايتدم . مع التأسف اشبو شريحه جرحه‌يى سـتره كفايت ايتمدى جفن اوزرينـه ايودوفورم طوزيله وضع اولنان ديكر پانسمانلر وحيدالعين بر صارغى ايله طوتديرلدى . ايكنجى كونى خسته‌نك حالى زياده‌سيله شايان ممنونيت اولوب كيجه‌ايى كوزلجه اويومش وحرارت واضطرابى مفقود و اشـتهاسى موجود ايدى .

ایمن تماماً چوریلوب خافهٔ هدبیسی حدد لجامات ندبیه واسطه‌سیله کسب ارتباط ایتمشیدی.
جفنك طبقهٔ ملتحمه‌ی زیاده‌سیله مرتشح و متضحم و قویو قرمزی رنکده اولوب
منضمهٔ بصلی دخی یالکز قسم سفلیسنده قرمزی و مرتشح ایدی . طبقهٔ قرنیه ثلث
سفلیسنده مکدر اولوب اونقطه‌ده غشاء مزبورك سطحی تسججات بشرویه نتیجه‌سی
غیر منتظم ایدی . جفن سد ایدلمك استنلدیکی زمان عین ایمن قسم سفلیسنده محافظه
ایدیله‌میوب طبقهٔ منضمه‌نك افرازی مبذولجه ایدی .

مرقوم ٣ تشرین اول ١٨٨٦ تاریخیله بروجه آتی طرزده عملیات ایدلدی :
عین مریض اولا صیجاق صو وبعده مضاد تعفن برمحلول ایله غسیل ایدلدکدنصکره
برمشرط ایله جفنك خافهٔ ملتصقه‌سنه موازی برشق اجرا ایتدمکه شق مزبور انسیدن
و وحشیدن جفنك حدودینی تجاوز ایتمکده ایدی . بولده تصادف ایتدیکم لجامات
التصاقیه‌نك کافه‌سنی تخریب وایجابنده استیصال ایتمك اوزره اولزمان بتون جفنی
تخلیص ایتدم . بویله‌جه تخلیص ایدیلن جفن هیچ برطرفدن ذره‌جه تقبض ایتمیه‌رك
وضعیت طبیعیه‌سنه ارجاع ایدیله‌بیلور ایدی .

بوحالده ایکی کوز قپاغنی درت حیاطه ایله اتحاد ایتدیروب ایپلکلرك اوجلرینی
قوللودیون ایله جبهه‌یه تثبیت ایتدم . اشبو عملیاتدن متولد جرحه درت سانتیم طول
وایکی بچق سانتیم ارتفاعنده ایدی . عضد ایمندن آییریلان وهر طرفدن وسعت
جرحه‌یی برقاچ میلیمترو تجاوز ایدن و نسیج حجروی تحت الجلدیدن معرا اولان
برشریحهٔ جلدیه جفن اوزرینه تطبیق ایدیلوب جرحهٔ جفن خافه‌لرینه ١٢ نقط
حیاطیه ایله اتحاد ایتدیرلدی . بوندن صکره دخی عملیات ایدیلن کوز اوزرینه
دائروی برپارچه پروتکتیو وپنبهٔ معدوم التعفن ودائروی بر پارچه حریر مشمع و بر
صارغیدن مرکب برتیمار وضع ایتدم . اولزمان مرقوم یواشجه یتاغنه نقل ایدیلوب
استراحت تامه‌ده بولنمسی کندوسنه توصیه ایدلدی . ایکنجی کونی سریریاته ورودمده
خدمتجیدن خسته‌نك کیجه‌یی پك راحتسز کچوروب جزؤی ایوبه بلدیکنی اوکرندم .
معاینه‌مده ٩٦ نبض و ٣٨ درجهٔ حرارت ولسان یابس اولدیغنی مشاهده ایتدم .
خسته عملیات ایدیلن کوزندن اصلا شکایت ایتمیوب صارغی دخی یرنده ایدی .
پرهیز وملطفات ترتیب ایتدم . اوچنجی کونی خسته‌نك حالی دها ایو ایدی .
دردنجی کون صارغی کوزك افرازاتیله ملوث اولوب اجهزهٔ تیماریه رفع ایدلدکده
کریه بر رایحه حس ایتدم و شریحه مورمتراق رنکده اولوب غیر حساس ایدی .

طقوزنجی سنه   نومرو ۳۱ — ۱۳۰   ۱ کانون ثانی — شباط ۱۳۱۲

جریدهٔ امراض الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

شطرهٔ خارجیٔ ندبینك تیرش اصولیله اجرا قلنان جلد آشیسیله تداویسی

شطرهٔ خارجیٔ ندبینك تداویسی ازمنهٔ عتیقه‌دن بوکونه دکین برچوق جراحلر وکحاللر طرفندن مطالعات مهمه‌یه باعث اولمشدر . علی‌الاکثر مصنع اولان برچوق قواعد عملیه مرض مزبورك آز چوق حسن نتیجه ایله تداویسی خصوصنده تصور وتطبیق ایدلمشدر . بنده‌کزك اساس مقصدم شطرهٔ خارجیٔ ندبینك تداویسی خصوصنده ادمویٔ بشروی تیرش آشیسی تطبیقنك حاصل ایتدیکی نتایج حسنه حقنده جلب نظر دقت ایتمکدر .

ابتدای امرده برای مقایسه (له‌فوروولف) اصولیله شطرهٔ خارجیٔ ندبیده جلدك تطبیقندن چکنمدم . اشبو اصول ایله ۱۸۸۶ سنه‌سی ظرفنده اجرای عملیات ایتدیکم ایکی شطرهٔ خارجیٔ ندبینك بروجه آتی مشاهده‌لرینی ذکر ایدیورم .

مشاهده (۱) — ۳۰ یاشنده وقوی البنیه وهیچ براحوال مرضیهٔ ارثیه وکسبیه‌سی اولمیان بر آدم ۲۷ ایلول ۱۸۸۶ تاریخیله ورود ایدوب افادهٔ شفاهیه‌سنه نظراً اوچ سنه مقدم آلت ضاغطه واسطه‌سیله ناحیهٔ جفنیٔ وجینسنده حصوله کلن جرحه نتیجه‌سی صاغ جفن سفلیده برشطرهٔ خارجیه نمایان اولیوردی . جفن سفلیٔ